ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

TROISIÈME SÉRIE

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER
Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

BROCQ
Médecin des Hôpitaux.

A. DOYON
Médecin inspecteur des eaux d'Uriage,
Correspondant de l'Académie de médecine.

A. FOURNIER
Professeur à la Faculté de médecine,
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

P. HORTELOUP
Chirurgien des Hôpitaux.

E. VIDAL
Médecin de l'hôpital Saint-Louis,
Membre de l'Académie de médecine.

Secrétaire de la Rédaction :

Dr HENRI FEULARD
Chef de Clinique de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

Les *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie* paraissent le 25 de chaque mois.

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL

Paris, 30 fr. — Départements et Union postale, 32 fr.

TOME II — 1891



PARIS

G. MASSON, ÉDITEUR

LIBRAIRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

MDCCCXCI

ANNALES

DE

DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

MÉMOIRES ORIGINAUX

DE L'ACNITIS

OU D'UNE VARIÉTÉ SPÉCIALE DE FOLLICULITES ET PÉRIFOLLICULITES GÉNÉRALISÉES ET DISSÉMINÉES

Par **M. Barthélemy.**

Travail fait en collaboration avec MM. Darier, Jacquet et de Saint-Germain, de l'hôpital Saint-Louis.

Le groupe des FOLLICULITES est actuellement très vaste, mais aussi très vague. Chacun s'accorde à peu près sur la question des dermatoses qu'il convient de lui attribuer; mais je crois que chacun s'accordera aussi sur ce fait que ce groupe renferme nombre d'affections dissemblables et de nature et de symptômes, voire même un certain nombre de dermatoses qu'on ne saurait où caser ailleurs et qu'il y a lieu de tenter au moins d'y déterminer quelques catégories.

Pour les maladies de peau, le travail de synthèse clinique a été fait par nos devanciers, ainsi qu'on le rappelait dernièrement encore à la Société de dermatologie, et l'heure des études analytiques semble avoir sonné.

Chacun des grands groupes de la dermatologie actuelle constitue une sorte de *caput mortuum* dans lequel la clinique doit aujourd'hui porter la lumière et la précision. Les précurseurs ont été, pour ne pas remonter plus haut, Gibert avec le pityriasis rosé, Wilson avec le lichen plan, Hebra avec le prurigo. Tel a été le travail plus récent de M. Besnier sur le pityriasis rubra pilaire. Tel celui que vient de faire M. Unna pour l'entité morbide qu'avec tant de raison il a su distinguer

et mettre à part sous le nom peut-être discutable d'eczéma séborrhéique, empruntant pour l'établir un peu partout : au pityriasis, à l'acné sébacée, à l'eczéma, mais surtout au psoriasis. C'est aussi ce que MM. Duhring et Brocq ont eu le mérite de réaliser en taillant, aux dépens du pemphigus, une place bien à part pour la dermatite herpétiforme, à laquelle je souhaiterais aussi une dénomination plus brève et plus spéciale. M. Darier enfin, par son étude sur les psorospermoses, nous a montré de quel concours sont les recherches de laboratoire pour mettre en lumière ce qui a échappé à la clinique.

Mais je m'arrête à ces quelques exemples particulièrement topiques; pour être complet, il faudrait passer en revue toute la dermatologie et citer presque en entier l'œuvre de nos maîtres et de nos devanciers.

Du reste, le travail que j'ai l'honneur de présenter n'a pas l'envergure des précédents. Il est de prétention beaucoup plus modeste; j'ai voulu seulement marquer par ce que je viens de dire la tendance générale de l'effort actuel, tout en m'excusant, pour ainsi dire, de la tentative et du néologisme.

Le groupe des *folliculites* doit, à mon sens, être soumis à la même épreuve de minutieuse observation que les autres dermatoses. La voie, du reste, est déjà toute tracée puisqu'on a catégorisé les folliculites simples, celles qui sont généralisées et celles, au contraire, qui se localisent, soit à l'aisselle (*hydrosadénites* de Verneuil, *abcès tubéreux*), soit aux grandes lèvres et au pubis (*folliculites vénériennes*), soit autour de l'anus (*folliculites suppurées à répétitions*), soit enfin ces *folliculites en placards*, étudiées par M. Fournier, par M. Duclaux, par M. Leloir, etc.

Nous-même nous avions déjà vu, lorsque nous avions l'honneur d'être chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis, des folliculites généralisées, soit disséminées, soit réunies en placards. Un fait notamment nous avait paru assez intéressant pour être publié dans les *Annales* de 1881. Un deuxième cas s'est offert à nous en 1882, toujours dans le service de Fournier, mais, à cause des vacances, nous avons eu le regret de ne pouvoir en faire faire le moulage. D'autre part, le service de photographie n'était pas installé comme aujourd'hui; bref, un simple dessin, assez incomplet, mais donnant une idée générale de l'éruption, est, avec l'observation clinique, tout ce qu'il nous en reste (1).

Nous avions fait nous-même quelques examens microscopiques comme il est consigné dans l'observation ; nous avions pu constater que l'inflammation, qui avait abouti dans le centre de la lésion à une petite collection purulente, avait accumulé des cellules embryonnaires, non seulement dans le follicule, mais tout autour de lui, en-

(1) Voy. fig. 1 de la planche.

globant dans la masse morbide les glandes sébacées et les glandes sudoripares ; de là, la formation d'un petit nodule, d'une sorte de néoplasme minime bien circonscrit, arrondi, dur, perceptible au toucher sous la peau, sans que nous ayons pu déterminer le point exact par où la lésion avait débuté, si elle était primitivement péri-folliculaire, ou folliculaire, si elle était d'origine sébacée ou sudoripare, ou bien si la lésion s'était primitivement développée dans le tissu cellulaire, pour englober ensuite les glandes et envahir le derme ; c'était pourtant la conclusion à laquelle nous avions tendance à nous rattacher.

Mais personne plus que nous ne sentait l'insuffisance de nos connaissances histologiques et, à défaut de M. Balzer, chef de laboratoire, retenu je crois par des concours, j'avais voulu avoir l'avis autorisé de notre collègue et ami M. Suchard, préparateur au Collège de France.

A la suite des congés, un déménagement de laboratoire eut lieu ; la pièce biopsiée fut égarée et le malade n'était plus sous notre main ; bref, l'affaire fut manquée et nous dûmes mettre au carton cette observation, attendant des faveurs de la clinique une occasion dont nous profiterions mieux. Dès lors cependant, nous pouvons le dire, le fait nous avait particulièrement frappé et nous nous étions mis à la recherche de la dénomination d'*acnitis* que nous venons proposer aujourd'hui.

Que nous ayons trouvé le cas spécial, on ne sera pas étonné quand on saura que nous avions pour guides dans cette étude nos chers maîtres MM. Fournier et Besnier. C'est d'ailleurs à la libéralité de ce dernier que nous devons les observations récentes ; c'est dans son service que les malades se sont présentés et nous nous félicitons de trouver ici l'occasion de lui exprimer publiquement notre gratitude.

Deux observations nous ont été remises par notre collègue M. de Saint-Germain ; les examens microscopiques ont été faits par MM. Darier et Jacquet ; c'est dire que l'ensemble de ce travail présente toutes les garanties scientifiques désirables ; qu'il nous soit permis de déclarer ici que nous sommes très heureux de cette triple collaboration.

L'histologie et la microbiologie complètent, rectifient, mettent au point et permettent d'attacher l'étiquette définitive.

J'arrive maintenant aux faits cliniques, résumés d'après les observations de 1882 (service de Fournier) et de 1890 (service de Besnier).

Disons d'abord que sur la *cause* de l'acnitis, comme sur celle de tant d'autres dermatoses d'ailleurs, nous en sommes encore réduits aux hypothèses. L'un de nos malades était reperceur, l'autre employé dans un bazar au rayon des objets venus de Chine. L'un est rhumatisant, les autres lymphatiques ; tous ont des troubles digestifs ; mais

un seul a une dilatation bien marquée ; aucun n'est syphilitique. Dans les deux cas, la maladie a débuté assez brusquement, au cours d'une bonne santé, sans démangeaisons, sans piqûres, sans grattage, sans fièvre, sans symptômes général ni local précurseurs, par l'apparition à la face (tempes, front, frontière du cuir chevelu) d'un certain nombre (5 à 12) de petites saillies sous-cutanées.

Chaque élément consiste en une petite nodosité du volume d'un grain de millet, très dure, plutôt ovalaire qu'absolument arrondie, paraissant sous-cutanée, bridée au front, entre la peau tendue sur elle et l'os.

Le malade ne ressent aucune douleur ; ce n'est absolument que par la saillie et la dureté de la nodosité, qu'il s'aperçoit de son affection ; aussi, n'est-ce qu'à cause du nombre et de la répétition des poussées éruptives qu'au bout de plusieurs mois il se décide à venir consulter.

Peu à peu la saillie se développe, de grain de millet devient lentille, puis petit pois, mais ne dépasse guère ce volume quand la lésion est isolée; quelques-unes, rares, sont si voisines qu'elles forment un petit groupe.

Au bout de huit jours, la saillie *sous-cutanée* est complètement développée ; il n'y a absolument encore aucune lésion *cutanée* proprement dite. Vers la fin de la maladie, les lésions se développent plus difficilement, semblent végéter, en tous cas semblent moins volumineuses ; quelques-unes alors sont exclusivement dermiques.

Si, après les huit ou dix premiers jours, on vient à inciser la folliculite, une gouttelette de pus se montre dans presque tous les cas ; le pus est pur, crémeux. A ce moment la nodosité est encore très dure. Si, au lieu d'être incisée, la folliculite est abandonnée à son évolution propre, peu à peu elle se ramollit ; c'est alors, mais alors seulement, que semble se prendre le derme et qu'on le voit rougir ; bientôt du centre suinte une gouttelette de pus et, au bout de deux à quatre jours, de sérosité sanguinolente.

Bientôt une croûtelle se forme rougeâtre, puis noirâtre, sèche ou du moins assez résistante. C'est à ce moment, ou bien un peu avant et un peu après l'ouverture de la lésion, que l'aspect de la face est bien véritablement acnéiforme et qu'on s'explique le diagnostic d'*acné nodulaire profonde* primitivement posé.

Quelques jours après, la croûtelle tombe ; il reste une cicatrice, parfois déprimée au centre, toujours fortement pigmentée, ou bien une simple macule brunâtre sans cicatrice, longtemps persistante.

En moyenne, la *durée* de chaque élément est d'environ un mois, à savoir : dix à douze jours pendant lesquels évolue la nodosité, trois ou quatre jours de suppuration proprement dite, puis une dizaine de jours pour que la croûte se sèche et tombe.

Quelques éléments, relativement rares, sont plus petits, comme avortés, siégeant dans des points où la peau est fine comme aux paupières, évoluent vite, en 8 ou 9 jours; un plus grand nombre sont plus volumineux et évoluent plus lentement. C'est ainsi qu'au front et au cuir chevelu se montrent des nodosités qui gardent l'aspect, dans le premier siège, d'*acné*, dans le second, de *kérion*, pendant plus de deux mois.

Après la tête et la face (région favorite), sont envahis : le cou, puis le tronc, les lombes, les aisselles, les bras, les mains et les pieds.

C'est trois mois après son début que l'éruption semble être à son apogée. On peut compter alors, rien qu'à la face, de 120 à 180 éléments : le reste du corps dans sa totalité en contient un nombre à peu près égal. C'est en cet état que se sont présentés nos malades.

C'est sur le tronc ou aux aisselles que l'on se rend bien compte du siège primitivement sous-cutané des lésions; elles s'y développent dans l'hypoderme sous forme de petits grains durs roulant sous le doigt comme de petits grains de plomb et ne s'accusant à l'extérieur par aucun signe.

Tous ces éléments, d'ailleurs, apparaissent par poussées successives, douze ou quinze à la fois, pendant les mois d'activité ou d'intensité morbide; plus tard, trois ou quatre seulement. Ces poussées ont lieu, au début, tous les deux ou quatre jours, plus tard de 8 en 15 jours; mais de telle façon que, depuis 6 mois que l'affection durait lors du premier examen du 2e sujet, le malade n'était jamais resté un jour sans présenter à la fois et d'anciens éléments terminant leur évolution, et de nouveaux la commençant.

La maladie est de longue durée, de dix à douze mois; dès le 3e ou le 4e, le malade est assez fortement anémié. La maladie a guéri dans tous les cas, mais seulement quand les toniques eurent triomphé de cet état général devenu mauvais. Les mercuriaux et les antiseptiques ont semblé inactifs contre l'état local.

Telles sont les données cliniques que nous avons pu déduire des cas soumis à notre observation. Voici maintenant la note qui nous a été remise par M. J. Darier et dans laquelle est consigné le résultat de l'examen histologique d'une des folliculites spéciales de la variété *acnitis*.

Examen histologique. — « L'examen histologique a porté sur deux fragments de peau excisés sur le malade; l'un (*a*) siégeait sur le front et comprenait un élément éruptif à son premier stade de développement, c'est-à-dire à l'état de petit tubercule dur enchâssé dans le derme.

L'autre (*b*) a été pris sur le nez au niveau d'un élément ressemblant à une acné indurée sur le point de s'ouvrir et présentant un petit point jaunâtre central à l'orifice d'un follicule.

Ces deux pièces ont été durcies dans l'alcool et réduites en coupes qui ont été diversement coloriées.

A la période d'état (pièce *b*), la lésion consiste essentiellement en la présence d'un tissu de nouvelle formation infiltré dans le derme autour d'un follicule pileux. Ce tissu nouveau est composé :

1° De cellules rondes lymphoïdes ou embryonnaires qui abondent surtout vers les bords du néoplasme;

2° De cellules épithélioïdes, c'est-à-dire d'éléments assez gros, polygonaux, à protoplasma granuleux renfermant un ou plusieurs noyaux qui ne se colorent pas très vivement;

3° De cellules géantes de toutes dimensions : les unes typiques avec leur centre granuleux et leur couronne de noyaux; d'autres, plus petites, offrant plus d'analogie avec les cellules épithélioïdes; ces dernières contiennent plusieurs noyaux non périphériques et sont évidemment des cellules géantes incomplètement développées; les unes et les autres sont très nombreuses et l'on trouve même de véritables petits amas composés uniquement de cellules géantes.

Ces différents éléments paraissent au premier abord assemblés sans ordre et pêle-mêle, si l'on considère le centre du nodule arrivé à la période d'état (pièce *b*).

Mais, si l'on porte son attention sur les bords de ce nodule ou bien si l'on étudie les coupes de la pièce *a*, on reconnaît que les éléments ont manifestement une tendance à se disposer en follicules. Au sein du tissu dermique on voit en effet des groupes de cellules épithélioïdes avec une ou plusieurs cellules géantes constituer des amas arrondis, à structure vaguement concentrique autour desquels des cellules rondes forment une auréole à contours mal définis. On comprend alors que le gros nodule est lui-même formé de follicules agglomérés et confluents.

Quant au siège de la néo-formation, le nodule de la pièce B est manifestement développé autour d'un follicule pilo-sébacé qu'il a en partie détruit; on voit sur une coupe passant par son axe une sorte d'entonnoir rempli par une croûte qui est l'orifice par où sortait le poil. Le poil lui-même est tombé, ses gaines épithéliales sont en partie détruites par ulcération et, à leur place, il y a une petite cavité remplie d'une manière puriforme composée d'éléments mortifiés et désagrégés, cavité limitée par le tissu du néoplasme, d'une part, et d'autre part par des fragments qui subsistent encore des gaines épithéliales.

Le tissu nouveau forme en somme un nodule arrondi tout autour de ce follicule pileux altéré et remonte latéralement jusqu'au voisinage de l'épiderme superficiel. Il tend en un point à ulcérer l'épiderme et aurait probablement, dans la suite, fait irruption au dehors. Il s'agit donc d'une lésion qui est manifestement péri-folliculaire à

sa période d'état et qui par son siège se rapproche donc des acnés.

Je n'ai pas trouvé trace de la glande sébacée sur les coupes de ce nodule.

Le point de départ de la lésion est lui-même péri-folliculaire, ainsi qu'on peut s'en assurer en étudiant les coupes de la pièce *a*. La lésion m'a paru débuter surtout au voisinage de la partie profonde des follicules pileux et non particulièrement vers la glande sébacée. Il est probable que plusieurs petits centres de formation confluent pour constituer les nodules plus volumineux. Toutefois, je n'ai pu préciser exactement le lieu d'origine exacte au travail morbide, ses rapports avec les vaisseaux, avec les glandes sudoripares, etc... à cause de l'insuffisance du matériel que j'avais à ma disposition. J'ai vu en un point un follicule pileux enflammé près de son col entouré de cellules rondes et épithélioïdes, et dont le poil était dévié et contourné en spirales.

Quoi qu'il en soit, on peut affirmer qu'il s'agit ici d'une périfolliculite à caractères spéciaux : le groupement particulier des éléments nouveaux dont un très grand nombre ont l'apparence épithélioïde, la présence de cellules géantes abondantes, tout cela devait conduire à soupçonner dans ce cas une cause infectieuse donnant lieu à un processus de réaction subaigu et non suppuratif. J'ai songé un instant à la tuberculose. Mais je dois ajouter à ce point de vue que sur de nombreuses coupes colorées par les deux méthodes universelles de Kühne ou par la méthode de Weigert, je n'ai pas trouvé de microbes qu'on pût incriminer. La recherche des bacilles de Koch m'a également donné des résultats négatifs.

Il est donc absolument nécessaire pour élucider la nature de cette affection de faire de nouvelles recherches, de mieux préciser le point de départ de la lésion, de faire l'examen du contenu des nodules soit sur des lamelles, soit à l'aide de cultures; enfin l'inoculation aux animaux fournirait à cette étude un appoint des plus importants.

Provisoirement, on peut conclure à une inflammation d'origine probablement infectieuse subaiguë, péri-folliculaire et folliculaire, évoluant sur plusieurs follicules pileux à la fois et les atteignant dans leur partie profonde, donnant lieu par confluence de plusieurs petits centres à la formation d'un nodule, qui est finalement évacué au dehors (1). »

D'ailleurs, nous renvoyons le lecteur au moulage de M. Baretta,

(1) Depuis que les lignes précédentes ont été écrites, M. Darier a eu l'occasion de revoir le malade et a pu recueillir le contenu puriforme de deux nodules qui siégeaient dans le cuir chevelu à la région temporale. L'examen bactérioscopique de ce contenu desséché sur lamelles a confirmé le fait assez curieux de l'absence presque complète de tous micro-organismes, microcoques pyogènes ou bacilles, quelle qu'ait été la technique employée. Sur une seule lamelle, M. Darier a vu quelques cocci très petits disposés en un groupe. Il se pourrait cependant qu'on

nº 1543 du musée, à la photographie de M. Méheux (collection des dessins) et à la remarquable peinture de M. H. Cain, dont nous donnons la reproduction (fig. 2).

Diagnostic différentiel. — Cette variété de folliculites généralisées ne peut vraiment se confondre avec aucune autre espèce de dermatose.

L'*acné* seule, dans sa forme indurée profonde, tuberculeuse, nodulaire (et c'est le diagnostic, à défaut d'aucun autre, auquel nous nous étions autrefois rangés), pourrait prêter à quelque erreur de diagnostic, suivant l'époque de l'examen du malade. Mais on tiendra compte de l'évolution systématique fort nettement et assez longuement sous-cutanée. On remarquera que la lésion n'arrive que secondairement à la peau, qu'elle n'y existe pas primitivement à l'état de papules, puis de pustules, et enfin de nodosités indurées ; et que, au contraire de l'acné, la folliculite de l'*acnitis* dure au début, s'amollit à la fin, sans jamais être douloureuse, ce qui élimine les *furoncles* et les *ecthymas.* Il n'y a rien non plus qui ressemble aux poussées de furoncles à répétition : car il n'y eut pas de douleur, pas de bourbillon, pas de base indurée, pas d'orifices multiples; ce n'en est non plus ni la couleur ni les autres caractères. Le siège de la folliculite, sur le cuir chevelu, sur le tronc, aux pieds et aux mains, aux orteils et aux doigts, diffère aussi sensiblement de ceux qu'affectionne l'acné. Il ne saurait non plus s'agir de la forme profonde de l'acné chronique. Dans la première observation, le malade n'avait jamais eu d'acné auparavant. Dès lors, comment expliquer une poussée subite qui aurait duré avec une allure aiguë pendant près d'une année, et qui aurait ensuite guéri de façon à disparaître complètement? Ce n'est pas là une marche qu'on puisse attribuer à l'acné.

Une forme d'acné, décrite en 1888 par C. Bœck (1), sous le nom d'*acne nevrotica*, se rapproche, non pas de la forme de folliculite que nous décrivons actuellement sous le nom d'*acnitis*, mais de celle sur laquelle nous allons tout à l'heure attirer l'attention (*folliclis*).

Et, en effet, ce n'est pas tant avec l'acné qu'il importe le plus d'établir le diagnostic différentiel de l'*acnitis*, mais bien avec d'autres variétés de folliculites, généralisées, il est vrai, mais disposées, non pas comme l'acnitis, partout et comme au hasard, mais sur certains sièges particulièrement affectés, tels que les avant-bras (rebord cubital et coudes), les genoux, les seins, les fesses, etc. C'est, du moins, ce que tendent à prouver deux observations, qu'on trouvera plus loin,

ait affaire à un microbe non colorable par les méthodes usuelles : on devra tenter des expériences de culture.

« L'inoculation de cette matière à des cobayes, soit dans le péritoine, soit dans la peau ou dans la chambre antérieure de l'œil, est restée sans résultats. »

(1) Iagttagelser over Enkelte sjeldnere Hudsygdomme i Norge af Cesar Bœck, Kristiania, 1888. *Archiv dermat. und syph. Pick*, XXI *Iahrgang*, 1889.

dont l'une a été recueillie par moi, en 1882, à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, et dont l'autre, prise dans le service de M. Besnier, nous a été remise, avec l'autorisation gracieuse de ce maître, par son interne, notre collègue et ami M. de Saint-Germain.

C'est ce cas dont le moulage porte au musée le n° 1508, et dont on trouvera ci-jointe la reproduction, due, pour l'aquarelle, à mon ami M. Ad. Linden (fig. 3), et pour la photographie, à M. Méheux.

De la Folliclis ou de la 2e variété de folliculites disséminées et généralisées, mais agminées.

Cette affection est essentiellement chronique et peut récidiver, contrairement à la précédente, et récidiver *in situ*. Disons, sans plus tarder, que cette seconde variété de folliculite, pas plus d'ailleurs que la première, ne peut, en aucune façon, être rapportée, ni objectivement, ni originellement, à la syphilis ou à une affection vénérienne. Pourtant elle est d'aspect et de disposition *syphiloïde*, la première étant plutôt *acnoïde*.

Cette deuxième variété de folliculite est franchement dermique, aplatie, papuleuse au début, puis pustuleuse et souvent ombiliquée ; elle se termine toujours par une cicatrice fortement pigmentée en brun ou en noir. Jamais elle ne s'énuclée ; jamais elle ne suppure franchement, c'est-à-dire dans sa totalité. De plus, elle a des sièges où les éléments se groupent (*folliculite agminée*), sans en être complètement fusionnés, comme les placards tuméfiés et saillants, *macaroniques*, décrits par M. Leloir, ne se montrant pas non plus à l'état d'éléments isolés, disséminés çà et là, au hasard. Alors que l'acnitis se montre à la tête plus abondamment qu'ailleurs, celle-ci l'a épargnée presque complètement, dans un cas, les oreilles exceptées. Enfin, cette affection semble bien prendre naissance exactement et exclusivement dans les follicules, soit sébacés-pileux, soit sudoripares, voire dans leur portion intra-dermique. C'est à cause de cette prédilection, qui m'a paru cliniquement exclusive, pour les follicules, à cause de cette *folliphilie*, si je puis ainsi m'exprimer, que je proposerai, à défaut de mieux et sans que j'y tienne particulièrement, de désigner cette affection sous le nom de *folliclis*. C'est pour cette deuxième variété de folliculites que M. Jacquet a bien voulu nous remettre la note histologique suivante :

« Deux de ces petites tumeurs ont été examinées : elles étaient à la période de début, de la dimension d'une tête d'épingle, et paraissaient développées dans la profondeur du derme. Elles ont été durcies par l'alcool, coupées en série, et colorées par le carmin d'alun, le picro-carmin et le vert de méthyle.

Les coupes vues à un très faible grossissement montrent au-dessous du derme papillaire un foyer néoplasique irrégulièrement arrondi, à centre pâle, à périphérie vivement colorée au contraire par les réactifs. On reconnaît aisément aussi, sur celles des coupes qui correspondent *au plein* de la tumeur, la présence de tranches de follicules pilo-sébacés. Ces follicules sont, dans les deux cas examinés, des follicules à poil à bulbe plein : dans l'un de ces cas se voit, au-dessous du poil à bulbe plein en voie d'ascension, un poil de remplacement déjà bien formé : la néoplasie s'est formée autour de ces deux poils ; — dans l'autre, on ne voit que le poil à bulbe plein et, au-dessous de lui, la partie inférieure du follicule, à l'état de prolongement épithélial rétracté et irrégulièrement cylindrique. — Nous reviendrons un peu plus loin sur quelques anomalies que nous révèlera, dans le second cas, un grossissement plus puissant.

La forme des nodules n'est pas régulièrement ronde, plutôt un peu ovalaire, à grand diamètre, perpendiculaire à la surface cutanée ; en outre, et principalement sur les coupes correspondant *au centre* du nodule, on voit nettement une sorte de barre à peu près transversale formant en quelque sorte la base de la néoplasie. Cette base est accentuée et soulignée par une vive coloration sous l'influence des réactifs ; elle forme une sorte de limite nette, débordant latéralement le nodule ; au-dessous d'elle les lésions cessent brusquement, et l'on ne voit que le tissu connectif de l'hypoderme, d'aspect absolument normal.

Le même grossissement permet de constater au-dessus de la tumeur l'hypertrophie du corps papillaire et celle de l'épiderme sus-jacent. Cette hypertrophie est considérable, mais ne présente aucun caractère particulier qui doive nous forcer à en parler plus longuement. Il n'y a d'ailleurs à ce niveau aucune lésion de vésiculation, de pustulation ni de clivage épidermique. La couche cornée y est cohérente ; l'éléïdine très augmentée ; la kératinisation n'a pas souffert de façon appréciable.



Revenons au nodule dermique vu avec un grossissement moyen. Il présente, avons-nous dit, une partie centrale claire, une partie périphérique colorée par les réactifs. La partie claire est formée par du tissu connectif altéré ayant perdu sa transparence, son homogénéité ordinaires ; il est très légèrement granuleux ; on y retrouve quelques vaisseaux entourés de rares cellules troubles, à contours mal définis et mal colorés. Il semble que cette partie centrale ait été, à une période antérieure, le siège d'une altération plus marquée, en voie de régression. Cela se confirme par ce fait qu'en allant vers la périphérie du nodule les lésions augmentent de netteté et d'intensité. — C'est une infiltration diffuse de cellules lymphoïdes, qui s'accumule principalement autour des vaisseaux, des follicules pilo-sébacés, et des glandes sudoripares. Autour des vaisseaux, cette infiltration se fait selon le mode ordinaire, sous forme de manchons péri-vasculaires autour des capillaires et des artérioles. Ceux-ci, qu'on voit surtout aux parties sous-épidermiques de la lésion, sont notablement altérés dans leur structure, et en bien des points semblent complètement oblitérés et remplacés par un petit amas arrondi de cellules embryonnaires, entouré d'un manchon de cellules lymphoïdes. Quant aux artérioles, qu'on voit surtout aux parties latérales et inférieures, elles ne semblent pas notablement altérées,

mais sont engainées par d'épais manchons de cellules lymphoïdes vivement colorées. La plus importante de ces traînées correspond à la partie inférieure de la lésion, à la base du nodule, à laquelle nous avons déjà fait allusion. Là, en effet, se voit la coupe longitudinale d'une artériole étendue transversalement au-dessous de la néoplasie, entourée d'un épais manchon de cellules migratrices, se continuant en haut et latéralement avec la masse de la lésion. Au-dessous d'elle, au contraire, l'infiltration s'arrête brusquement, et l'on voit le tissu hypodermique absolument normal. C'est autour de cette artériole, dont les parois semblent saines, que l'infiltration migratrice est le plus abondante, et que les réactifs colorants ont le plus d'énergie ; si bien qu'il semble y avoir à ce niveau une sorte de bourrelet lymphoïde, d'une coloration éclatante, et paraissant le point de l'activité maximum de la lésion.

Mais, en réalité, ce n'est là qu'une apparence, et le point morbide initial n'est point là, comme on va le voir. En effet, sur la droite de la masse néoplasique, non *pas à son centre,* mais englobé cependant par elle, se voit un follicule pilo-sébacé dont l'infundibulum fait légèrement saillie au-dessus de la surface épidermique; (cette saillie constitue la petite papulette dure, seul indice extérieur du nodule enlevé par biopsie, qu'on sentait plus aisément avec le doigt, dans la profondeur du derme). Sur la gauche du nodule se voit un autre follicule pilaire, absolument sain celui-là. Le nodule est donc enchâssé entre deux follicules voisins, sensiblement parallèles, dont l'un, le *gauche,* forme sa limite immédiate sans être englobé par lui; dont l'autre, le *droit,* forme son autre limite latérale, mais en faisant partie intégrante de la lésion. La petite papulette extérieure, qui correspond, comme je l'ai dit, au canal pilaire du follicule droit, ne constitue donc pas le centre de la masse néoplasique : celui-ci est profond et situé à gauche de cette papule, entre les deux follicules. Au niveau de la papule elle-même, c'est-à-dire du canal pilaire, l'infiltration lymphoïde est peu marquée; elle l'est davantage à la partie profonde du follicule, sans être cependant aussi abondante et aussi colorée qu'autour de la « barre vasculaire » que nous avons mentionnée ci-dessus.

Mais cette infiltration ne se borne pas à englober le fond du follicule, elle s'étend en outre, *comme ayant fait tache d'huile,* autour de 2 ou 3 pelotons sudoripares que l'on aperçoit distinctement au-dessous et au dedans de la base du follicule, et dont l'un est intimement accolé à elle. L'infiltration lymphoïde est même, si l'on en juge d'après l'éclat des réactions colorantes, plus vivace et plus récente autour des glomérules sudoripares qu'autour du follicule lui-même, où les cellules sont pour la plupart d'un éclat plus terne.

Le follicule pilaire *gauche* a, lui aussi, un peloton sudoripare accolé à sa base, mais, pas plus que le follicule lui-même, n'est entouré de cellules lymphatiques.

J'en aurai fini avec la description succincte des infiltrations et proliférations embryonnaires quand j'aurai dit qu'elles sont *très marquées* autour des tronçons de canaux excréteurs sudorifères qu'on aperçoit en divers points de la néoplasie et qui proviennent des glomérules dont je viens de parler.

J'arrive maintenant aux lésions des organes glandulaires eux-mêmes.

Au niveau du fond du follicule, la gaine épithéliale externe semble saine; mais la partie de cette gaine qui constitue le canal pilaire et le corps du follicule est évidemment altérée. Cette altération, moins appréciable au canal pilaire, où l'épithélium est simplement mal coloré, devient beaucoup plus nette au corps du follicule. Là, en effet, les cellules sont très mal colorées, à contours indistincts, comme vitreuses, et la masse épithéliale est fragmentée par des fissures irrégulières. Ce n'est point là un artifice de préparation, car la même lésion se retrouve à ce niveau sur toute la série des coupes; il y a bien certainement là une dégénérescence vitreuse de l'épithélium.

Le poil du follicule, dont on aperçoit les tronçons longitudinaux plus ou moins longs suivant les coupes, est parfaitement normal. Mais, à côté de ces tronçons *longitudinaux* coupés parallèlement à l'axe, on voit sur plusieurs coupes, au milieu de la gaine externe, *la section verticale de deux poils, dont l'un de calibre inférieur, accolés en canons de fusil.* Ces poils proviennent sans doute d'un follicule secondaire émané du follicule principal. Cette anomalie supposée, que je pense pouvoir démontrer ultérieurement de façon plus complète, a peut-être, dans l'interprétation de la lésion qui nous occupe, une importance assez grande. J'y reviendrai plus loin. Ce follicule n'a comme appareil sébacé qu'un bourgeon appendiculaire sans importance. Quant aux épithéliums sudoripares, ils ne m'ont pas paru avoir sensiblement souffert dans la partie glomérulaire; en revanche, sur deux au moins des canaux excréteurs, j'ai constaté l'élargissement du tube épithélial, la disparition de la cuticule, la coloration imparfaite des noyaux cellulaires et l'état vitreux des cellules; bref, il semble que le canal excréteur soit fort altéré.

J'ai, par divers procédés, recherché les microbes sur un certain nombre de coupes : je n'en ai constaté nulle part.

D'assez nombreuses tentatives d'ensemencement sur gélatine et sur gélose, faites avec du sang prélevé avec soin sur quelques papules et autour d'elles, sont demeurées stériles, sauf un cas, où j'ai obtenu un streptocoque; je n'attache aucune importance à ce résultat.

En résumé, nous sommes en présence d'un nodule néoplasique irrégulier, à éléments embryonnaires plus jeunes et plus vivaces à la périphérie, où il englobe un follicule sébacé, plusieurs pelotons sudorifères et des artérioles, qu'au centre, où il n'y a que de rares cellules mal colorées et un tissu connectif vaguement granuleux, de transparence imparfaite. *Pas de cellules géantes, pas de microbes.* En outre, il existe quelques altérations épithéliales. L'interprétation de cette lésion, qui anatomiquement est une *périfolliculite sébacéo-sudoripare,* ne laisse pas d'être embarrassante. Voici celle qui pour le moment me paraît le plus acceptable.

Je rappelle tout d'abord ce fait que dans l'un des cas soumis à mon examen la néoplasie s'est développée autour d'un follicule contenant à sa partie inférieure un poil de remplacement déjà ancien, déjeté latéralement et comme gêné dans son évolution par la présence du poil à bulbe plein non encore caduc, et occupant toujours le follicule. Dans l'autre cas, celui que j'ai pu étudier avec le plus de soin, j'ai noté l'existence d'une autre anomalie du système pileux : la présence de deux poils accolés, émanés

sans doute d'un follicule diverticulaire, bourgeonnement anormal du follicule principal. *Or, je suppose que ces anomalies peuvent, chez des sujets prédisposés, constituer une sorte d'épine irritative qui, par sa présence, provoque à certains moments la réaction fluxionnaire, la diapédèse et l'irritation formative des artérioles capillaires et tissus voisins.* Cette réaction inflammatoire, d'abord localisée autour du follicule, peut s'étendre, *en faisant tache d'huile* aux glomérules sudoripares et aux petits vaisseaux dépendant du même *cône vasculaire* que le follicule point de départ de l'irritation. Secondairement se font les altérations épithéliales mentionnées, sans doute par une sorte de compression et de nutrition imparfaite.

Ainsi se trouve expliqué ou du moins plus facile à comprendre, que la néoplasie se cantonne et se limite d'une façon si précise, qu'un follicule sébacéo-pilaire *immédiatement contigu* à la lésion reste absolument indemne. De même aussi l'on comprend plus aisément ce fait, que j'avais déjà constaté dans un cas de L. Brocq (1) encore inédit, que toujours les pelotons sudoripares voisins du follicule et faisant partie du même *cône vasculaire* soient englobés dans cette néoplasie dont la marche paraît centrifuge.

Pour moi donc, il s'agit, en résumé, de péri-folliculites provoquées par des malformations pilaires, amenant secondairement la dégénérescence vitreuse des épithéliums, et probablement *la nécrose, l'élimination du territoire vasculaire affecté.*

. Cette hypothèse paraît s'accorder assez bien avec la *symétrie,* l'*extrême lenteur des lésions,* et la formation d'une *cicatrice centrale déprimée,* caractères cliniques que Brocq (2) a bien mis en évidence. Elle permet de comprendre également l'insuccès complet des traitements antiseptiques. »

Ces résultats microscopiques diffèrent assez notablement de ceux de M. Darier pour que l'on soit en droit d'induire, tant au point de vue microscopique qu'au point de vue clinique, qu'il s'agit bien là d'une affection distincte de l'*acnitis.* Il semble que l'une se passe dans les glandes sudoripares et l'autre dans les follicules sébacés. Ceci n'est qu'une apparence clinique et ne doit pas préjuger des renseignements fournis par le microscope.

Conclusions générales. — La lecture des observations confirmera cette manière de voir et, jointe aux autres considérations que je viens d'exposer, autorisera, je pense, à conclure que : non seulement les folliculites généralisées sont bien des entités morbides différentes des autres dermatoses, mais encore qu'il y a lieu d'en distinguer au moins deux variétés, l'*acnitis* et la *folliclis.*

J'ai tenu, d'ailleurs, à attirer l'attention, ici surtout, sur la première de ces variétés qui, dans plusieurs cas recueillis dans des con-

(1) Cf. L. Brocq. *Traitement des maladies de la peau*, p. 348. Paris, O. Doin, éditeur, 1890.
(2) Cf. L. Brocq. *loc. cit.*

ditions différentes et à un certain nombre d'années d'intervalle, s'est montrée, quant à sa symptomatologie, son évolution et sa durée, vraiment identique à elle-même : résultats cliniques qui semblent bien confirmés par les recherches histologiques et bactériologiques de M. Darier. J'espère que l'exposé des observations ou pièces justificatives, portera la conviction dans l'esprit des lecteurs ainsi que l'observation des malades l'a produite dans le mien.

OBSERVATIONS

I. — ACNITIS.

OBSERVATION I. — Hôpital Saint-Louis. — Service de M. Fournier, professeur de clinique. — Le nommé Thomas, demeurant à Boulogne-sur-Seine, âgé de 23 ans, exerçant la profession de reperceur. Entré le 18 février 1882, dans la salle Saint-Louis.

Couché, d'abord au lit n° 10, puis au lit n° 56. — *Acnitis* { Cas typique. Forme intense.

Cet homme est grand, de constitution robuste et n'a jamais fait de maladie; pas de scrofule dans l'enfance, pas de syphilis, pas de rhumatisme.

Il vient consulter pour une maladie de peau qui a débuté il y a quatre mois, et il a, en effet, la face, la tête et une partie du corps couverts de boutons, comme s'il avait une éruption d'acné très abondante ou même même une variole de moyenne intensité. (Fig. 1 de la planche.)

Voici ce qu'il raconte au sujet de cette maladie et ce qu'on constate au moment du premier examen (18 fév. 1882) :

A la suite d'une très vive contrariété, dans le cours d'une bonne santé, sans autre raison appréciable et notamment sans écart de régime, cet homme vit paraître, sur le front d'abord, puis sur la face, le cuir chevelu et le cou, de petits boutons rouges, saillants et présentant une consistance particulière. On sent à leur niveau une petite induration nodosiforme, située plus ou moins profondément sous la peau, laquelle présente alors une coloration rouge, surtout lorsque la lésion est superficielle comme à la face, par exemple. En d'autres points, en effet, dans la région lombaire, par exemple, on sent très facilement au palper de petits grains durs roulant sous le doigt comme de petits grains de plomb, et ne s'accusant à l'extérieur par aucun signe. Plus superficiels cependant, mais avec les mêmes caractères, on en retrouve dans les aisselles; il en existe aussi, mais beaucoup moins profondément situés au niveau du quatrième orteil du côté gauche. Sur la main gauche, on en compte deux ou trois et sur la main droite quatre ou cinq.

Mais ces petites nodosités tuberculeuses de forme sont surtout remarquables à la face par leur confluence, leur degré différent d'évolution et la profondeur variable à laquelle elles se présentent. Plus superficielles en ces points que dans les autres régions du corps, elles soulèvent la peau;

les téguments à leur niveau sont rouges, saillants et présentent en certains endroits un petit point blanc à leur sommet.

Le début de l'éruption s'est fait assez brusquement. Deux jours après sa contrariété, sans douleur, le malade aperçut sur son front une dizaine de ces boutons. Il raconte que pendant les premiers jours il a eu un peu de fièvre; il n'avait aucun embarras gastrique.

Quand on le voit pour la première fois, on trouve le front, le dos et les ailes du nez, les paupières inférieures et les régions de la joue situées immédiatement au-dessous, enfin les tempes, criblés d'une foule de papules et de quelques vésicules qui réalisent mal le type de l'acné disséminée, mais qui cependant se rapprochent plus de cette dermatose que de toute autre.

Certaines de ces papules, et notamment celles des paupières, sont dures, saillantes, sans fluctuations, sans induration périphérique, sans douleur à la pression, contrairement à ce qui se passe dans l'acné indurata, le tout d'une coloration rouge foncé, lie de vin ou chair de jambon, ayant une teinte assez nette pour que, d'un commun accord, MM. Fournier et Besnier se décident à tenter, quoique à regret, le traitement spécifique. Les pilules de protoiodure ont été prises à la dose de 10 centigrammes par jour pendant quinze jours. Absolument aucun résultat n'ayant été obtenu, et les poussées éruptives continuant à se faire avec la même intensité qu'auparavant, le traitement spécifique est interrompu. En effet, depuis l'apparition soudaine de la première poussée, qui a été aussi la plus abondante, l'éruption s'est toujours continuée par des poussées nouvelles, chacune de 5 ou 6 petits éléments nodulaires que le malade découvre chaque jour çà et là sous la peau. C'est en se tâtant un peu de tous les côtés que le malade s'aperçoit de leur apparition, qui n'est annoncée par aucune sensation anormale; en un mot, le malade est obligé de les chercher. Tel a été le processus de toutes ces petites lésions, à l'exception de deux : l'une siégeant sous le menton, et l'autre au pied gauche, sur la face latérale et externe du troisième orteil. La douleur, en ces derniers points, tient évidemment au siège de la lésion.

L'évolution de ces éléments éruptifs est très remarquable; elle se fait en 15 ou 20 jours environ, quelquefois un peu moins, quelquefois davantage, notamment au cuir chevelu. Comme nous l'avons dit, le malade sent par hasard une petite nodosité sous-dermique; la peau sus-jacente n'est pas empâtée et sa coloration n'est nullement modifiée; on dirait un grain de plomb logé dans l'hypoderme. A ce moment déjà, si l'on vient à faire une incision, on énuclée facilement un petit amas comme glandulaire qui sort au milieu d'un écoulement relativement abondant de sang. Quelques jours plus tard, l'énucléation se fait avec plus de facilité encore; la petite masse folliculeuse s'est nettement conservée distincte, mais s'énuclée non plus au milieu de sang, mais au milieu d'une petite collection purulente. Il semble donc qu'il y ait d'abord une sorte de péri-adénite et que, quelques jours plus tard, le follicule, n'étant plus indépendant de l'inflammation périphérique, y participe lui-même, devient purulent, et que, si on incise, alors tout se résout dans l'issue d'une gouttelette de pus. C'est alors que la petite nodosité qui, au début, était si dure, s'est peu à peu ramollie, est

devenue fluctuante, et qu'à sa surface la peau, d'abord rouge, s'est peu à peu amincie. Celle-ci se perfore, même spontanément, à un moment donné, et, par le petit pertuis, vient sourdre une toute petite gouttelette de pus qui, suivant l'époque de l'observation, forme la vésiculette, soit la pustulette croûtelleuse que l'on a observée.

Ce qu'il faut bien noter, c'est le début absolument sous-cutané de la lésion; le derme n'étant intéressé que secondairement et au fur et à mesure que la gouttelette purulente se développe et se rapproche davantage de l'extérieur. Suivant que la lésion s'est formée plus ou moins profondément sous la peau, ou bien que, suivant les régions, la peau est plus ou moins épaisse, l'évolution précédemment décrite se fait plus ou moins rapidement, et la participation de la peau est plus ou moins prompte : à la face, par exemple, cette folliculite arrive très vite à l'épiderme où elle produit des papules, puis des pustulettes acnéiformes, tandis que sur les points du corps où la couche du tissu cellulaire sous-cutané est plus épaisse la lésion reste assez longtemps sous la forme de petites nodosités n'intéressant nullement le derme.

Dans les points où la peau est très épaisse, le travail inflammatoire s'exaspère de façon à former une petite tumeur d'abord dure et douloureuse, analogue à ce qu'on observe dans le tubercule sycosique, ou mieux autour de petits furoncles. Ce fait s'observe encore lorsque plusieurs nodosités se développent très près les unes des autres, comme il en existe actuellement à l'angle de la mâchoire du côté droit. A la paupière au contraire où la peau est très fine, la lésion évolue très vite, sans douleur, l'aspect papuleux est très rapide à se montrer, il n'y a pas d'inflammation périphérique ou sous-jacente, la petite masse morbide arrivant très vite à la surface et pouvant très facilement vider son contenu inflammatoire.

La face, avons-nous dit, est le siège où les lésions ont été de beaucoup les plus abondantes; c'est aussi là qu'elles se sont développées primitivement. Le cuir chevelu, la barbe, le cou, le tronc, les cuisses, les jambes. les mains et les pieds n'ont été pris qu'ultérieurement, excepté pour la nodosité de la face palmaire du quatrième orteil gauche qui s'est montrée à peu près en même temps que les premières de la face. Des nodosités existent actuellement sur les orteils au nombre de cinq ou six et avec une netteté telle que leur existence ne peut nullement être mise en doute. Comme il n'y a pas à ce niveau de glandes sébacées, M. Besnier rejette l'idée d'une acné, pense plutôt à l'hydrosadénite c'est-à-dire à une inflammation spéciale aux glandes sudoripares. Nous ferons remarquer en passant que le terme d'hydrosadénite, comme celui de folliculite, est vague parce qu'il est générique.

Sous quelle influence s'est déterminée cette lésion? Le malade est pâle, peut être considéré comme lymphatique, mais il ne présente aucune cicatrice de scrofule cutanée. M. Fournier est assez frappé de son état de pâleur pour le soumettre d'emblée à l'administration du sirop d'iodure de fer.

Le traitement local a consisté depuis un mois dans l'incision de toutes les petites tumeurs sous-cutanées, dans leur lavage à l'eau phéniquée, dans des bains de sublimé. Ce traitement anti-parasitaire a été prescrit parce que M. Balzer, recherchant dans les gouttelettes purulentes les germes

parasitaires indiqués dans une dermatose presque analogue par Nielly, n'a trouvé ni animalcules ni filaires, mais une quantité excessive de microbes, et que l'envahissement successif des glandes voisines s'expliquait assez bien par l'extension progressive des germes pathogènes.

Une petite masse morbide a été recueillie pour l'examen microscopique et remise à M. Suchard, préparateur au Collège de France. Quelques gouttelettes de liquide ont été confiées à M. Pouchet pour subir l'analyse chimique. Notons sans plus tarder que celle-ci n'a donné aucun résultat digne d'être noté.

C'est après quatre mois de la maladie que l'on vient de décrire, que le malade entre dans le service et qu'il est mis en observation. Le 18 février 1882, son traitement consiste en sirop de fer, bains de sublimé et bains sulfureux alternatifs, eau de goudron. Incisions de toutes les folliculites et pansement antiseptique.

3 *mars*. — La tête est criblée de ces folliculites, elle est absolument tachetée comme par des pustules de variole (V. fig. 1 de la planche); il y a une série de petites plaques blanches cicatricielles dépourvues de cheveux, au centre de chacune desquelles on aperçoit un point rouge légèrement croûteux par où la pustulette s'est vidée. Ces mouchetures sont assez nombreuses pour diminuer peut-être d'un tiers la surface du cuir chevelu. Un kerion de forte intensité n'aurait pas produit plus de dégâts.

De temps en temps le malade continue à signaler lui-même l'apparition des petites nodosités sous-cutanées sur différents points de son corps. L'une d'elles, située très profondément, vient d'être énucléée complètement sous forme d'une petite masse morbide expulsée tout d'une pièce. M. Balzer fait un nouvel examen, constate l'absence de toute espèce de spores autour des poils, mais toujours une grande quantité de microbes dans l'intérieur de la folliculite. M. Fournier prescrit alors un gramme par jour d'acide phénique à prendre dans du rhum.

12 *mars*. — Le malade quitte le service. Il y a certainement une amélioration notable, surtout à la face où les lésions ne sont plus marquées que par des macules ou par des cicatrices. On constate deux lésions acnoïdes à la queue du sourcil gauche, une petite tumeur profonde sans lésion cutanée au milieu du sourcil droit; une autre acnoïde sous la narine gauche, un certain nombre d'autres existent encore au niveau des lombes, mais c'est surtout la face qui a été atteinte, puis le tronc, les membres se trouvant relativement épargnés. Un certain nombre d'éléments récemment apparus et encore en voie d'évolution prouvent que l'affection n'est pas encore éteinte au moment de la sortie du malade.

25 *mai* 1882. — Le malade revient à la consultation. Il y a quinze jours j'avais enlevé toutes les petites nodosités existant ce jour-là. Aujourd'hui, il y en a quatre nouvelles, une sous chaque aisselle, une au cou, l'autre au pli du coude. Il n'y a pas à dire que ce sont des furoncles, il y a à peine de la douleur, la peau absolument saine est mobile au-dessus des petites nodosités. J'en découvre encore deux petites dans les lombes, celles-ci intra-cutanées, un est suppurée. L'auto-inoculation tentée a donné des résultats négatifs. L'état général reste bon, à part la pâleur et l'anémie qui persistent.

5 *août*. — L'état général est meilleur, le malade est moins pâle et se sent plus fort; il est manifeste que la maladie perd de son intensité. Les poussées sont plus espacées, elles produisent un nombre beaucoup moindre d'éléments; ceux-ci sont plus plats, plus petits, plus dermiques et se présentent plus fréquemment sous l'aspect papuleux.

La tête n'offre pas de nouvelles folliculites, une seule derrière l'oreille, une autre au bras droit, une autre aux fesses, et c'est tout. Ces nodosités ont mis, comme les précédentes, environ trois semaines à évoluer. L'une d'elles, la plus ancienne, est tout entière fondue en pus; les deux autres sont entourées d'une petite collection purulente, mais sont toujours bien composées de la petite masse morbide, ronde, lisse, du volume d'un tout petit pois, que l'on retrouvait si nettement il y a quelque temps dans les folliculites plus volumineuses.

La face et le corps sont marqués par un grand nombre de cicatrices pigmentées et de macules brunâtres.

Biopsie. — Une masse morbide, enlevée par biopsie, a été durcie à l'alcool, coupée, puis colorée au picro-carminate. La petite masse nodulaire est composée par un grand nombre de cellules embryonnaires, très petites, très serrées, égales, faisant paroi, tapissant une loge, dans l'intérieur de laquelle se trouvent des leucocytes et du pus ordinaire. Les cellules embryonnaires englobent tous les éléments, glandes sébacées, glandes sudoripares, coupe de vaisseaux, et il semble que ce ne soit pas dans l'intérieur ni aux dépens d'une glande sudoripare, que la lésion a débuté; mais que l'inflammation a agglutiné tous les éléments qui se trouvaient au point où elle s'est développée. Tel est le résultat incomplet d'un examen histologique pratiqué par moi en 1882. Un malentendu a fait que mon ami le Dr Suchard a détruit la pièce qui lui avait été remise sans en avoir examiné les coupes: ce fait est fâcheux à cause de la compétence de l'histologiste. Je le regrette pour ma part, d'autant plus que le deuxième cas d'acnitis, celui que M. Darier a bien voulu histologier, était beaucoup moins intense que le premier. Il était au premier cas, comme une variole légère est à une variole grave. Notons enfin que l'examen microscopique de ce second cas n'a même pas pu être effectué au moment où le processus morbide était à son maximum d'intensité. Pour toutes ces raisons, le premier cas eût été, je n'en doute pas, particulièrement convaincant.

Novembre 1882. — Dans le courant de novembre, le malade est venu une dernière fois à l'hôpital; il était à peu près guéri; depuis plusieurs mois, il ne faisait plus d'autre traitement que l'excision de tous les éléments, en même temps que la bonne nourriture, le repos, l'hygiène, le quinquina, et surtout le grand air de la campagne, modifiaient l'état général, d'une manière fort satisfaisante.

Observation II. — Hôpital Saint-Louis, service de M. Besnier. — Bocher (Vincent), 27 ans, employé au Bazar de l'Hôtel de Ville (rayon de Chine), vient à la policlinique de M. Besnier dans le courant de juin 1890.

C'est un homme plutôt petit ($1^m,58$), modérément vigoureux, pâle, ayant eu des rhumatismes de 16 à 24 ans, mais n'ayant rien au cœur.

L'articulation du poignet, à droite, est chroniquement tuméfiée, surtout au niveau du bord cubital; outre l'hypertrophie osseuse, il y a des épaississements synoviaux et des craquements, le tout limitant notablement le jeu de l'articulation. Le malade raconte qu'il a également quelques vestiges d'arthrite rhumatismale au pied droit.

Pas de strumes, pas d'éruption dans l'enfance, ne tousse pas, mais est sujet au coryza.

Quelques troubles digestifs habituels : constipation, inappétence ou caprices d'appétit, rarement sommeil, mais fréquemment somnolence et lassitude après les repas : il y a de la dilatation d'estomac.

Le malade ne semble pas encore avoir eu d'acné de la face, mais il a déjà un peu de séborrhée et des points noirs à l'extrémité du nez ; il est sujet à l'herpès labial.

C'est dans ces conditions de santé que, dans la dernière semaine de février ou au commencement de mars, a débuté assez soudainement, sans cause appréciable, sans écart de régime, l'éruption pour laquelle il vient consulter. Il se décide à le faire parce que voilà déjà plusieurs mois qu'elle dure et qu'il n'en voit pas la fin.

Il y a sur la face environ 120 à 150 boutons au moment du premier examen. Le début de l'éruption se fit de chaque côté des tempes par un groupe de 7 à 8 boutons, peut-être un peu plus à gauche qu'à droite, à peine saillants, à peine perceptibles. (Voy. fig. 2 de la planche.)

Quelques jours après, vers le 15 mars, une sorte de fluxion apparut du côté droit de la face, avec ganglions sous-maxillaires, malaise général et un peu de mal de gorge. Peut-être un peu de rhume; en tous cas, affection mal déterminée, ayant duré seulement trois ou quatre jours.

Vers la fin de mars, des boutons analogues se montrèrent, dont on voit d'ailleurs la trace partout; sur la lèvre supérieure, non loin des ailes du nez, aux environs des commissures, enfin à la lèvre inférieure et surtout au menton, qui en fut absolument criblé.

D'autres éléments éruptifs apparurent successivement sur les joues, surtout en dedans, sur le dos du nez, aux paupières, surtout sur les inférieures, et enfin au front, aux sourcils, au cuir chevelu surtout, dans les régions temporale et pariétale.

Aujourd'hui (août 1890), c'est surtout au front, aux sourcils et dans le cuir chevelu que l'affection est encore en activité.

Les *folliculites* que nous observons représentent bien la marche des lésions qui ont précédé.

Chacun des éléments évolue de la façon suivante : Sans raison particulière, sans grattage, sans piqûre, sans traumatisme, sans poussée fébrile, apparaît un beau jour sous la peau une petite saillie du volume d'un grain de millet, très dure, plutôt ovalaire, paraissant nettement sous-cutanée ; mais, si c'est à la face, au front, par exemple, elle est bridée entre la peau tendue et le périoste. Le malade ne ressent aucune douleur ; ce n'est absolument que par la saillie et la dureté de la nodosité, qu'il s'aperçoit que l'éruption va s'augmenter d'un nouvel élément.

Peu à peu, la saillie augmente (millet, lentille, petit pois — volume qui n'est pas dépassé).

Dans le cuir chevelu, les lésions sont toujours un peu plus volumineuses qu'à la face. De même, au front, elles sont plus saillantes qu'aux sourcils, et aux sourcils que sur le reste du visage. Au bout d'une huitaine de jours, la saillie sous-cutanée est développée ; il n'y a absolument encore aucune lésion cutanée proprement dite. Si, à ce moment, on vient à inciser la folliculite, une gouttelette de pus se montre dans presque tous les cas. Le pus est pur, crémeux.

Si l'évolution de la folliculite est abandonnée à elle-même, la petite collection purulente ne tarde pas à se faire issue ; par l'orifice s'écoule d'abord du pus, puis, les jours suivants, un peu de sérosité sanguinolente. Quelques jours après, une petite croûte se forme, rougeâtre, puis noirâtre, assez résistante ; c'est alors, ou un peu avant, ainsi qu'un peu après l'ouverture des folliculites, que l'*aspect de la face est véritablement acnéiforme.*

Quelques jours après encore, la croûte tombe ; il reste une cicatrice légèrement déprimée, mais fortement pigmentée, brunâtre, ou bien une macule longtemps persistante, et, en effet, aujourd'hui encore, nous pouvons, soit par les cicatrices, soit par les macules, compter presque exactement le nombre des éléments qui ont composé toute l'éruption et même ceux qui en ont à chaque tempe marqué le début.

En moyenne, la durée de chaque élément est d'environ un mois, à savoir : 10 à 12 jours, pendant lesquels se forme la nodosité sous-cutanée ; 3 ou 4 jours de suppuration proprement dite, et une dizaine de jours pour que la croûte durcisse, se dessèche et tombe.

Quelques éléments très rares sont plus petits et évoluent très vite. Un plus grand nombre sont plus volumineux et évoluent plus lentement. C'est ainsi qu'au front et au cuir chevelu se montrent des nodosités qui gardent l'aspect acnéiforme depuis plus de deux mois.

Tous ces éléments ont d'ailleurs procédé par poussées successives, de telle façon que, depuis six mois que l'affection dure, le malade n'est jamais resté sans en présenter à la fois d'anciennes ayant terminé leur évolution, et de nouvelles à début tout récent.

Actuellement encore, sur le front et dans le cuir chevelu (région fronto-pariétale droite), il y a encore huit nodosités, datant d'une huitaine de jours environ, et qui ne sont encore marquées à la peau que par leur légère saillie et leur induration. Mais il n'y a encore aucun bouton proprement dit et pas même de changement de coloration de la peau.

Les poussées ne sont donc pas encore éteintes, et pourtant l'affection est en décroissance manifeste comme intensité, comme intervalle entre les poussées, comme nombre des éléments éruptifs de chaque poussée, comme volume de chaque élément et même comme siège de ces petites lésions qui semblent devenir d'autant plus superficielles, d'autant moins sous-cutanées, d'autant plus dermiques que l'affection vieillit et perd de son acuité.

D'après le récit du malade, l'affection ayant débuté vers la fin de février, c'est dans le mois d'avril que le plus grand nombre des éléments s'est produit simultanément. Même alors, il n'y eut ni fièvre, ni douleur, ni même de prurit.

En résumé, il s'agit là d'une affection qui, cliniquement, semble bien

née dans les follicules, soit pileux, soit sudoripares, *donnant lieu à un aspect vraiment acnoïde, mais n'étant certainement pas de l'acné, ni pustuleuse, ni tuberculeuse, encore moins papuleuse.*

Le malade a été soigné pendant un mois à Angers par M. Farge et par M. Thibault, qui ont porté alors le diagnostic d'acné anormale des glandes sudoripares (au dire du malade); c'était à la fin de mai et au commencement de juin 1890.

Vers le 15 juin, éruption de 7 pustules acnéiformes, folliculites sébacées, au niveau de la nuque; 3 ou 4, en voie d'évolution récente, contiennent encore du pus.

Le malade a quelques petites glandes lymphatiques en arrière du sterno-mastoïdien, surtout nettes du côté gauche.

Incidemment, le 20 juillet, est survenu un zona thoracique, de la cinquième paire, intense, s'étant annoncé par de très violentes douleurs de côté, ayant fait craindre au malade une pleurésie. Comme j'avais eu occasion d'examiner le malade auparavant, j'ai pu me rendre compte qu'il n'avait pas avant son zona de ganglions autres que ceux que j'ai signalés dans le cou. Or, le lendemain même de l'éruption zostérienne, j'ai constaté l'existence de ganglions volumineux, multiples, douloureux comme des adénopathies récentes et aiguës, développés : 3 dans les aisselles et verticalement le long du thorax, depuis la bande zostérienne jusqu'à l'aisselle. Chose remarquable, ces ganglions existaient plus accentués sans doute du côté du zona, mais se rencontraient également du côté sain. Il en était de même pour un ganglion aussi net que curieux du volume d'une petite noisette, douloureux à la pression, mobile sous la peau et siégeant presque exactement à l'angle de l'omoplate, et cela, non seulement du côté du zona, mais même du côté sain, en un point exactement symétrique. Ces adénopathies semblent donner raison à la théorie infectieuse du zona (Landouzy), qui voit dans cette lésion un état morbide général, se manifestant localement par le nerf et le long des trajets nerveux sensitifs.

Les adénopathies constatées, encore douloureuses à la pression, sont encore assez volumineuses pour que leur saillie soit visible à distance, non seulement à l'omoplate, mais dans l'aisselle; et pourtant depuis trois jours, elles ont déjà diminué et de sensibilité et de volume.

Ce zona n'a évidemment rien à faire avec la maladie folliculaire antérieure; c'est un simple incident pathologique qui permet de noter en passant que le zona est actuellement beaucoup plus fréquent à Paris qu'à l'ordinaire (cette fréquence s'est continuée pendant les mois d'août et de septembre).

25 *juillet*. — Le reste du corps ne présente, pour l'instant, aucune folliculite, mais on aperçoit encore çà et là des macules brunâtres en rapport avec celles qui ont évolué les mois derniers.

7 *août*. — Les dents sont bonnes. Je constate une saillie dure, inflammatoire, sur la gencive supérieure à gauche. Elle existe depuis six semaines et n'a pas encore abouti. Est-ce une simple ostéopériostite? est-ce une folliculite?

Le malade raconte qu'il en a eu plusieurs très nettes à la face interne des joues. Actuellement, il en a encore quelques autres à la main droite,

dans la paume, au niveau de l'éminence correspondant au petit doigt. Dans le début de sa maladie, il en eut une au pouce droit, qui lui causait une vive douleur par la pression; elle forma d'abord une petite bosse, devint rouge, puis la peau se perça, puis tomba; on le voit, c'est partout la même évolution.

26 *septembre.* — Le zona est guéri, mais il reste de la pâleur et de l'anémie et des adénopathies; je prescris l'arséniate de fer, les toniques, le grand air, etc. Je constate trois nouvelles folliculites très nettes sous la peau saine, au front; l'une n'existe que depuis trois jours : elle est du volume d'une lentille.

5 *novembre.* — Les éléments éruptifs sont devenus très rares; je découvre seulement deux folliculites récentes : encore sont-elles petites, chétives, comme avortées; elles occupent le côté gauche du cuir chevelu. Vainement je tente l'auto-inoculation.

Tout le reste de l'éruption s'atténue; les macules mêmes diminuent de largeur et d'intensité. Depuis deux ou trois mois, un certain nombre de folliculites guérissent par résolution, sans suppuration, mais en laissant une tache maculeuse, à la surface de laquelle la peau desquame : voilà tout. Il y a encore un peu d'anémie.

En résumé, après neuf mois, l'affection tend à s'éteindre, mais elle n'est pas encore complètement guérie.

Si, comme je le crois, cette folliculite est bien de la même nature que le cas précédent; si, comme je le crois, elle doit être rangée dans la variété des *acnitis*, il est certain que ce deuxième cas a été moins intense que le premier, lequel, pour moi, reste, comme gravité, comme abondance d'éruption, comme volume des éléments éruptifs, le *type de l'acnitis* (fig. 1 de la planche).

C'est ce deuxième cas, celui que relate la présente observation, qui a été histologié par M. Darier (fig. 2 de la planche).

Observation III. — Hôpital Saint-Louis. — Service de M. le docteur E. Besnier. — Policlinique du mardi : janvier 1891.

Boultier — 27 ans, originaire de la Charente, habitant Paris depuis deux ans et demi — exerce la profession de cocher. Il panse ses chevaux et en a eu un, au printemps, qui fut atteint d'une éruption de boutons (non contagieux, au dire du vétérinaire) et qui fut guéri au moyen de la glycérine laudanisée.

Cet homme est marié, il a deux enfants bien portants, il n'a jamais eu de maladies vénériennes; habituellement bien portant, assez fortement musclé, sec mais maigre, surtout de figure. Il est sujet au rhume simple et à l'herpès labialis; il croit avoir de bonnes digestions, pourtant on constate un clapotage très net, symptomatique d'une vaste dilatation d'estomac. Le malade n'a pour l'instant aucune trace d'acné, ni présente ni passée; il n'a même pas de séborrhée nasale, car on ne peut ainsi appeler quelques points noirs de l'extrémité du nez. Le cœur présente de temps à

autre quelques intermittences, sans aucun souffle. Tous les autres organes sont sains, ni glycosurie, ni albuminurie.

C'est dans le cours de cet état, en somme très satisfaisant, de santé et sans avoir eu auparavant « le moindre bouton sur le corps », qu'il fut atteint assez soudainement de l'affection cutanée pour laquelle il vint consulter, et dont voici l'histoire : Le début de l'éruption se fit, à la fin de mars ou au commencement d'avril 1890, sous le nez et au menton surtout, par quatre ou cinq boutons, puis par des poussées analogues qui se montrèrent successivement sur le front, sur les joues et dans le cuir chevelu. Le malade raconte que cette dernière région fut rapidement criblée de boutons, mais que ceux-ci guérirent dans l'espace d'un mois. Ceux qui devinrent le plus volumineux et qui persistèrent le plus longtemps siégèrent à la lèvre supérieure, surtout dans la région sous-narine, au menton et vers les tempes, un surtout de chaque côté du front. Après avoir formé une petite nodosité qui durait une huitaine de jours environ, l'élément éruptif perforait la peau pour livrer passage plutôt à de la sérosité sanguinolente qu'à du pus. Moins de deux mois après le début de l'éruption, lesdits boutons furent moins volumineux, plus superficiels, restèrent rouges plus longtemps, ne laissèrent plus sourdre qu'une insignifiante gouttelette de sérosité, puis disparurent peu à peu, mais en laissant, soit une simple macule d'un brun rouge, soit une cicatrice pigmentée.

Le malade n'a remarqué une petite boule roulant sous le doigt, et précédant le bouton proprement dit, que par les éléments qui se développèrent dans les régions latérales et antérieure du cou, et ayant existé nettement, dit-il, entre cuir et chair, avant d'entamer la peau. Il est vrai que le malade n'a prêté quelque attention à son éruption qu'assez tardivement, et seulement quand il a été lassé par sa persistance et par la multiplicité des boutons. C'est ainsi qu'il est resté au moins deux mois sans s'en préoccuper, croyant avoir affaire à une simple efflorescence printanière, laquelle ne lui a d'ailleurs jamais causé aucune souffrance.

Ce fut au mois de mai 1890 que l'éruption se montre avec le plus d'intensité. Un médecin lui ordonne alors trois tasses par jour de tisane de petite centaurée, sucrée par du sirop de bicarbonate de soude. L'éruption ne cédant pas, le malade consulta, au mois de juin, un autre médecin qui lui prescrivit de l'arséniate de soude. En juillet, les poussées éruptives ne s'atténuant pas, le malade vint à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, où M. de Saint-Germain, interne de M. Besnier, lui fit faire des lotions à l'eau soufrée et des onctions à la pommade à l'oxyde de zinc. Les boutons étaient sans doute moins abondants qu'au début de l'éruption : pourtant de nouvelles poussées montraient que le processus morbide n'était pas éteint. Sur ces entrefaites, le cocher partit avec ses maîtres faire, pendant le mois d'août, une saison aux eaux de Vichy, qu'on lui fit prendre en bains locaux et en boisson (matin et soir deux verres d'eau de la source Lucas). M. le docteur Millet-Lacombe lui dit qu'il s'agissait d'une sorte d'eczéma. A la fin de la saison qui dura un mois, il y avait beaucoup de mieux. On pensa que le moment était venu de prendre des bains sulfureux. C'est ce que le malade fit à Paris pendant le mois de septembre. Mais bientôt de nouvelles poussées de boutons

réapparurent aux régions primitivement envahies, à savoir : la face, le front, les joues notamment, les régions latérales du cou, les membres thoraciques, surtout en arrière et en dedans, les cuisses à la région antéro-interne, les genoux à la région antérieure, sur les bras au niveau des coudes, sur les avant-bras, en arrière et jusque sur le dos des mains où il s'en développa environ une douzaine de chaque côté ; trois se montrèrent au niveau des lombes, un seul à la fesse gauche. Bref, il y eut recrudescence de l'éruption, sans que pourtant depuis le mois d'avril jusqu'au mois d'octobre il se fût passé de semaine où le malade n'eût pas à constater de nouveaux éléments éruptifs.

Au mois de novembre, B... se décida à revenir à la consultation de Saint-Louis, parce que les poussées incessantes de boutons commençaient à inquiéter son entourage et à lui nuire dans son métier de cocher. C'est alors que M. Brocq le vit et le renvoya à la salle Cazenave consulter M. Besnier.

Au mois de décembre 1890, M. Besnier suivit le malade de près, le soumit aux lotions boriquées, aux onctions d'huile phéniquée au 100e et lui administra 2 gr. par jour de salol. Depuis ce temps, l'amélioration apparut très nette et persista. Les boutons nouveaux devinrent de moins en moins nombreux, et ceux qui se montrèrent furent aussi avortés, aussi superficiels que possible. Les croûtelles sèches tombèrent, des accumulations épidermiques s'éliminèrent ; des cicatrices creuses semblèrent se combler, d'autres s'amincirent, enfin les taches pigmentées s'atténuèrent. L'évolution de la maladie était arrivée à sa période terminale après avoir duré environ dix mois. Aujourd'hui, 14 janvier 1891, il n'y a plus sur tout le corps que trois boutons en activité : encore sont-ils exclusivement dermiques.

C'est alors qu'avec une amabilité dont je ne saurais trop remercier notre excellent Maître, M. Besnier me pria de prendre l'observation du malade, pensant qu'il s'agissait probablement d'une variété de folliculites disséminées et généralisées, analogues aux cas que je venais de décrire sous le nom d'acnitis. Voici à ce sujet les points sur lesquels je désire attirer l'attention : Cet homme n'a jamais eu auparavant et n'a pour l'instant aucune pustule d'acné sur le corps. On n'en constate aucune trace ni sur le nez, ni dans les régions de prédilection telles que la poitrine ou les épaules. Mais, le malade eût-il eu jadis de véritables acnés qui nous eussent échappé, il n'est pas dans l'évolution habituelle de cette dermatose que tout à coup les boutons s'exaspèrent et se transforment en une éruption très abondante, presque généralisée, affectant une marche aiguë et se perpétuant par des poussées incessantes, répétées pendant des mois entiers, pour ensuite s'atténuer et graduellement disparaître. Et, en effet, le malade raconte bien que si quelques éléments éruptifs disparaissaient, d'autres se montraient, nouveaux, dans le voisinage des anciens, et ainsi de suite.

D'autre part, les sièges occupés par la présente éruption sont différents de ceux qu'affectionne ordinairement l'acné : aujourd'hui encore les mains, les oreilles, les avant-bras portent des traces soit cicatricielles, soit pigmentées, comme on n'en voit pas ordinairement à la suite de l'acné. Je ferai enfin remarquer qu'à aucun moment les éléments éruptifs ne furent

douloureux, comme ils n'eussent pas manqué de l'être s'il se fût agi d'ectymatose ou de furonculose.

Au moment où l'éruption atteignait son maximum d'intensité, le malade était fatigué, anémié; il avait moins d'appétit; mais il n'a pourtant jamais cessé de manger suffisamment pour ne pas pouvoir continuer son métier de cocher.

Si l'on en juge par les traces encore très nettes que présente le malade, il semble donc qu'il s'est bien agi ici d'un cas d'acnitis d'une intensité modérée: en effet, les folliculites forment des éléments isolés, disséminés çà et là, qui n'ont jamais été fusionnés, mais qui n'ont même pas été agminés comme dans les cas de folliclis.

Le salol semble avoir fort bien réussi; toutefois il faut noter qu'il n'a été employé que vers le 9e mois, c'est-à-dire lorsque déjà spontanément s'épuisait l'intensité du processus morbide.

Observation IV. — Hôpital Saint-Louis. Service de M. le professeur Fournier. Salle Saint-Louis, n° 78.

Domec (Léon); profession, plaqueur, sécheur; âgé de 18 ans. Entré le 28 juin 1881, sorti le 10 août 1881. — Acné et lichen *scrofulosorum.* — Ecthymas et furoncles.

Cette observation n'est utile que pour le diagnostic différentiel avec les différentes variétés de folliculites.

Antécédents strumeux, maux d'yeux pendant l'enfance. Né à Paris, élevé en nourrice en province; sa nourrice, paraît-il, était alcoolique. Acné du front et de la face depuis l'âge de 14 ans; voix nasonnée, jamais de rhumatisme. — Son père est très bien portant, à part des accès de goutte saturnine ? (« maladie de plomb qui des pieds se porte au cœur ? »). Sa mère est morte quand il était tout jeune. Son frère, âgé de 21 ans, paraît bien portant. Il a eu la rougeole et une maladie de peau pour laquelle, dans son enfance, il est resté un an à Sainte-Eugénie. Ultérieurement le malade a passé quatre ans dans ce dernier hôpital; à 8 ans, il pouvait à peine marcher et parler, il avait des plaies sur le corps; il est en effet couvert de cicatrices irrégulières et fibreuses; il a dû avoir des nécroses osseuses, notamment au talon gauche, à l'avant-bras gauche, au jarret droit, etc. (phlegmon des gaines? ostéomyélite? tuberculose ou syphilis?). Il n'a été exposé à aucun traumatisme; il n'a pas un métier où des poussières ou des irritations quelconques de la peau aient pu provoquer une dermite. En un mot, aucune cause extérieure appréciable ne peut être invoquée et, à part la strume, il n'y a pas de diathèse certaine. La syphilis, notamment, a été recherchée avec soin, et il n'y en a absolument aucune trace, même suspecte, du moins dans ses antécédents personnels.

Quoi qu'il en soit, il y a à peu près un mois que des boutons lui sont venus sur le corps. Il est certain que, il y a deux mois, il n'avait pas un seul bouton autre que les pustules d'acné de la face et du dos. Il n'en avait notamment pas un seul à la face antérieure de la poitrine.

Le malade vient à la consultation avec une éruption qui occupe le côté des membres correspondant à l'extension (région antérieure des genoux, région postérieure des coudes).

A la face interne des cuisses il y en a fort peu ; à la face antérieure des bras et des avant-bras il n'y en a pas.

Sur la région antérieure du tronc, du pubis aux clavicules, il n'y en a pour ainsi dire pas. Quelques-uns, rares, avortés, mal venus, presque éteints dès l'origine. Sur les épaules, rien.

Dans le dos il y en a un certain nombre, mais beaucoup moins que sur les membres. En ceinture, fort peu et avortés ; sur les fesses ils redeviennent plus nombreux, plus volumineux, plus enflammés. La face postérieure des cuisses et des bras en est criblée ; rien aux régions poplitées. Enfin, les jambes, du jarret aux chevilles, en portent un très grand nombre disposés non plus sur une face à l'exclusion d'une autre, mais tout autour, comme un cuissard ou un brodequin. Les pieds et les mains en sont exempts. La face en présente un certain nombre autour de la bouche, du menton, sur les joues, le nez et le front, à la lèvre supérieure ; ils sont volumineux, durs, enflammés, ressemblent à des tubercules de sycosis et sont des types d'acné indurata. Sur les jambes, l'aspect est différent ; ils sont nombreux, avons-nous dit, mais non confluents. Ils sont volumineux, rouges, ardents, enflammés, très douloureux, présentent une pustulette purulente centrale entourée d'une zone assez étendue d'un rouge vif, d'un rouge intense, le tout reposant sur une base indurée douloureuse, absolument comme ferait un furoncle. Les jambes sont très douloureuses à la pression ou quand le malade est debout. Il a alors des cuissons, des battements, de véritables douleurs, et ce matin le malade a eu pour cela une véritable lypothymie. Les jambes, à la palpation, donnent la sensation d'une foule de petites boules contenues sous la peau ; elles sont déformées, tuméfiées, mais les chevilles ne sont pas enflées et il n'y a d'œdème qu'autour de chaque lésion (œdème inflammatoire).

Il y a une toute petite lésion sur le fourreau ; il n'y en a que deux dans le pubis, et seulement quelques-unes dans le cuir chevelu. Çà et là, aux jambes, sont semés des furoncles qui, au lieu de s'ouvrir par un seul orifice, sont perforés en 5 ou 6 points. Au niveau du tendon d'Achille, tous ces orifices se sont réunis et forment une véritable ulcération, profonde, irrégulière ; il s'agit d'une véritable plaie ecthymateuse ou anthracoïde ; d'ailleurs, sur un grand nombre de points des jambes et même des bras (aux bras les lésions sont moins profondes, moins enflammées, moins ulcéreuses qu'aux jambes, ont toutefois les mêmes caractères, mais atténués), l'aspect ecthymateux est réalisé, et la nature de cette lésion ne peut être douteuse. Soit anthrax, soit furoncle, soit ecthyma, soit acné indurata, toutes choses actuellement réunies sur le malade, on voit combien cela diffère des folliculites vraies que nous avons décrites dans les précédentes observations.

Continuons la description et les différences s'accentueront. Sur les bras et sur les jambes, une foule de lésions croûteuses ; si on enlève la croûte on trouve une plaie creuse, profonde, jaunâtre, aussi profonde que large, putéiforme comme certaines chancrelles, entaillée. Il s'agit ici de véritables *ecthymas térébrants de l'adulte;* là, de vrais tubercules acnéiques enflammés ; çà et là, d'ecthymas simplement pustuleux ; quelques-unes de ces pustules sont développées autour des poils, mais le plus grand nombre

ne porte pas de poils au centre. M. Balzer trouve dans les liquides de nombreux microbes et même des spores.

Du 1er au 10 juillet, l'affection alla en augmentant; non seulement l'éruption se multiplia par l'apparition de nouveaux éléments, mais les anciens se développèrent et s'enflammèrent encore davantage.

Sur tous les points du corps en dehors des éruptions auto-inoculables (furoncles et ecthymas), il existe de plus une éruption chronique ancienne, composée par des papules squameuses, sèches, qui donnent à la peau un aspect rugueux et qui ne peuvent être que des papules croûtelleuses, lenticulaires, de *lichen scrofulosorum*. Il y a lieu de penser que cette éruption qui préexistait sur les membres et sur les jambes a été, ainsi que l'acné de la face et du dos, la porte d'entrée ouverte aux germes ecthymateux et furonculeux, et que c'est pour cela que ces dernières affections se sont répandues avec autant de facilité et d'intensité.

26 *juillet*. — Le malade, traité par les antiseptiques, par l'isolement de ses plaies recouvertes de taffetas de Vidal, ne tarde pas à guérir, ou du moins l'amélioration est manifeste. L'inflammation s'éteint, les plaies se comblent; c'est à peine si on voit encore çà et là une petite pustulette jaune, pleine d'un pus récent, entourée d'une aréole inflammatoire rouge vif. Le corps est recouvert de macules bleuâtres ou brunâtres, de squames, de croûtelles, de tumeurs dermiques plus ou moins volumineuses, plus ou moins douloureuses à la pression, mais la tendance à la guérison est manifeste pour toutes les lésions quelles qu'elles soient : lichen, acné, pustules et pustulettes purulentes, portant ou non un poil à leur centre, ulcérations ecthymateuses et furoncles. L'adénopathie inflammatoire de l'aine gauche a disparu, le malade ne souffre plus, même dans la station verticale prolongée, il ne se plaint plus que de démangeaisons.

Je n'insiste pas. Le diagnostic différentiel se fait de lui-même par la seule lecture de l'observation.

II. — FOLLICLIS.

Observation V. — Cas de *folliclis* ou d'hydrosadénites *généralisées*, deuxième variété des folliculites *disséminées* mais *agminées*.

Le nommé Pitza (Mayer), juif polonais, âgé de 35 ans, cordonnier, se présente, le 18 mars 1882, à la consultation hospitalière de M. le professeur Fournier.

Antécédents. — Ses parents sont morts jeunes, 46 ans le père, 40 ans la mère, mais après 20 ans de mariage. Ses frères et sœurs, au nombre de 18, sans jumeaux, ne sont plus que 5 vivants : deux frères et trois sœurs, restés à Varsovie. Le malade est à Paris depuis 13 ans. Sa femme est morte de la poitrine à l'âge de 34 ans; il s'est marié à 16 ans; sa femme en avait 24. Il s'est remarié et a deux enfants de sa seconde femme qui est morte en couches du second. Il a en tout 4 enfants qui tous vont bien. L'aîné a 10 ans; il est le seul à avoir la gourme et mal aux yeux.

En résumé, pas d'antécédents personnels ni héréditaires. Pas de syphilis ni

d'accident vénérien. Il n'a jamais fait de maladie et est seulement sujet à quelques douleurs rhumatismales vagues. *Il prétend que ces douleurs reviennent chaque fois que son éruption ne se fait pas* (?).

Il est en effet porteur d'une éruption spéciale qu'il est bien difficile, sinon impossible, de faire rentrer dans un des cadres actuellement connus.

Le malade, brun, maigre, ordinairement bien portant, vient consulter pour un point de côté, dont il souffre depuis un mois seulement, siégeant

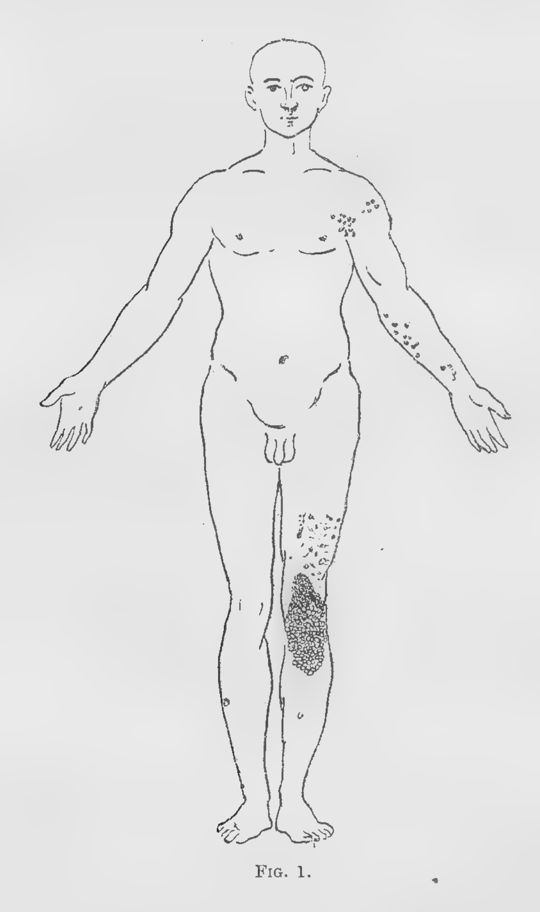


Fig. 1.

au niveau du mamelon droit, mais non pour son éruption, à laquelle il est habitué et à laquelle il tient d'ailleurs puisqu'il prétend qu'elle le préserve de douleurs et qu'elle le « purge de son mauvais sang ».

L'année dernière, le malade a été déjà une fois entrevu à la consultation. Il venait cette fois demander conseil pour l'éruption en question qui avait apparu alors en une poussée plus violente, plus douloureuse, plus aiguë que d'habitude.

En effet, cette éruption procède par poussées successives, ordinairement peu aiguës, peu douloureuses, peu abondantes. Chaque éruption se

compose d'une douzaine de boutons qui ne viennent d'ailleurs pas en même temps, de sorte que l'on peut étudier les divers aspects et les degrés différents de développement présentés par les éléments éruptifs pendant leur évolution. On voit en effet au milieu de cicatrices, traces de boutons anciens, des boutons récemment apparus formant des élevures qui ne peuvent être qu'une variété de folliculites.

L'éruption siège exclusivement sur les membres; on n'en voit aucun

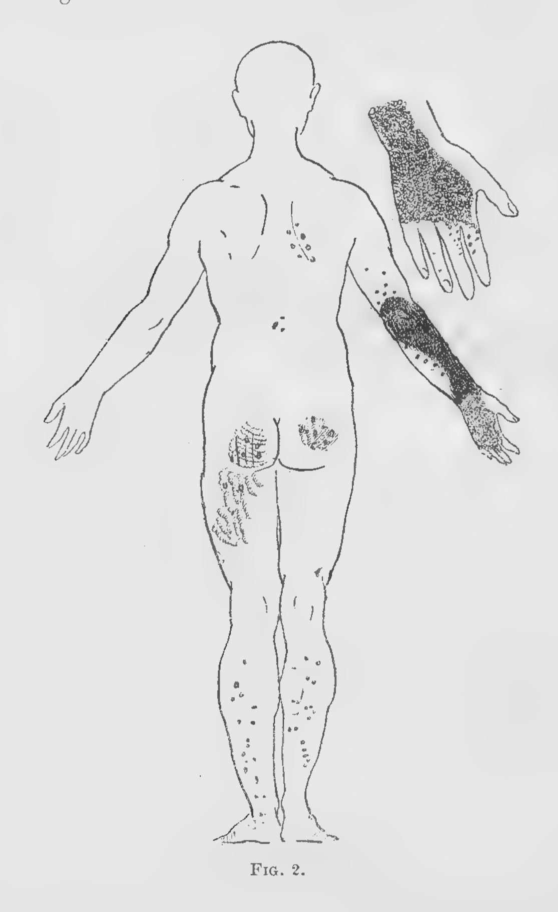


Fig. 2.

élément, ni à la face ni sur le tronc. Les membres supérieurs sont plus intéressés que les membres inférieurs. Cependant, du côté gauche du tronc, en arrière, on voit un certain nombre de cicatrices blanches qui ressemblent à celles des bras, mais qui sont plus elliptiques et plus larges.

Les régions de beaucoup les plus intéressées sont les coudes et les genoux et, d'une manière générale, les faces d'extension plutôt que celles de flexion. La fesse gauche cependant présente un certain nombre de cicatrices blanches, linéaires, réunies sur une petite surface, ressemblant

assez à celles de ventouses scarifiées, quoique un peu plus larges et avec cette différence qu'elles sont disposées sans régularité. D'ailleurs, l'aspect linéaire n'est qu'apparent et est formé par un repli de la peau; ce sont donc des *vergetures cicatricielles.* Si en effet on vient à tendre la peau, on obtient alors une surface cicatricielle ovalaire qui, étalée, a la largeur d'une lentille ou d'un pois.

Les plis forment des lignes (2 ou 3), dont l'une, celle du milieu, est plus étendue et plus saillante (aspect gaufré) ou parsemée de 3 ou 4 petits points blancs, légèrement déprimée comme certaines cicatrices vaccinales. D'autres enfin sont arrondies, lisses, blanches, sans strie ni dépression ponctuée, mais sont déprimées en masse, par rapport à la peau normale et forment de *petites cicatrices faites comme par un emporte-pièce,* très également et très superficiellement.

Quelques folliculites, très rares, ont évolué dans les espaces interdigitaux des orteils du côté gauche. Un certain nombre de cicatrices existent à la région dorsale du tarse, notamment au niveau du cinquième métatarsien gauche. Elles affectent la disposition linéaire.

On en voit un autre groupe, au-dessous et en arrière de la malléole externe, au niveau de la face latérale du tendon d'Achille.

La région sus-malléollaire, le tiers inférieur du mollet sont complètement indemnes.

Les cicatrices reparaissent avec leur aspect spécial, leur circularité parfaite, leur superficialité, leurs bords très légèrement saillants; ces bords sont formés par un mince liséré pigmenté à la limite de la peau saine; quelques-unes ont une pigmentation étroite, périphérique et une pigmentation ponctuée centrale, et, en effet, comme nous le dirons plus loin, un certain nombre de lésions récentes présentent une zone rouge et enflammée ou squameuse, selon leur âge et un centre ulcéré très profondément relativement à sa largeur (tête d'épingle); de là un *aspect putéiforme très marqué;* on dirait une véritable perte de substance *faite avec un emporte-pièce punctiforme;* comme si une petite glande avait été complètement énucléée de sa loge et qu'il n'en restât plus que les parois lisses. C'est de là évidemment que vient la pigmentation centrale de certaines cicatrices.

Cette forme de folliculite se rapproche évidemment beaucoup de celle qui a été étudiée par MM. Fournier, Duclaux, Leloir, avec cette différence qu'il s'agit ici d'une affection chronique à poussées récidivantes; que les folliculites, tout en étant groupées, restent toujours séparées les unes des autres, sont simplement agminées, *jamais fusionnées* par conséquent, comme dans les macarons caractéristiques des cas de M. Leloir, jamais non plus turgescentes comme ces placards eux-mêmes. Sans doute la forme est différente, mais peut-être la nature est-elle identique dans les deux cas : c'est ce qu'il faudra démontrer par des observations ultérieures.

Cette seconde variété, pour laquelle nous proposons le nom de *folliclis,* était autrefois englobée dans le groupe des hydrosadénites;

mais ce terme, comme celui de folliculite, nous paraît beaucoup trop compréhensif : c'est véritablement un terme générique.

Quoi qu'il en soit, le malade, dont nous étudions la maladie dès 1882, avait été criblé de cicatrices blanches, ou pigmentées, ou violacées, ou rougeâtres, selon leur âge, comme s'il avait reçu là un coup de fusil chargé à plomb. Les régions atteintes sont : le genou du côté gauche, la région rotulienne, la région correspondante à la tubérosité antérieure du tibia, la moitié inférieure ou antérieure de la cuisse. Il n'y a aucune trace de lésion au creux poplité. Le tiers supérieur est indemne en avant et assez pris, au contraire, en arrière, et d'autant plus qu'on se rapproche de la fesse. En ceinture, rien. Quelques cicatrices aux lombes ; quelques-unes à l'omoplate gauche.

En avant, depuis le tiers moyen des cuisses jusqu'au vertex, il n'y a plus une seule cicatrice.

Celles-ci reparaissent au niveau de la paroi antérieure de l'aisselle. A la région deltoïdienne, on en voit un petit groupe qui sont tout à fait punctiformes, plus blanches et plus petites qu'aux jambes.

Les cicatrices vaccinales sont remarquables seulement par leur largeur (pièce de un franc) sur le malade qui fait le sujet de cette observation.

Les petites cicatrices spéciales se retrouvent, cette fois en grand nombre, au niveau du coude. Là encore elles sont arrondies, égales, superficielles, ponctuées ou ridées, blanches ou colorées par du pigment ou par une matière colorante (brune ou violacée) du sang, suivant leur âge.

Le plus grand nombre est de l'étendue d'un pois, entre lesquelles quelques-unes plus petites, de la dimension d'une lentille, se voient. Une seule a la largeur d'une pièce de 20 centimes. Elle est d'ailleurs aussi superficielle que les autres.

Mais c'est de beaucoup, aux avant-bras et à la face postérieure des avant-bras surtout, aux poignets et à la face dorsale des mains, que les cicatrices sont le plus nombreuses, le plus égales, le plus arrondies, le mieux ponctuées par un, deux et surtout trois ou même quatre points pigmentés.

La région des avant-bras correspondant aux muscles radiaux en est réellement criblée. Le groupement de ces lésions et cicatrices est plutôt syphiloïde qu'acnoïde.

Actuellement, c'est à partir de la moitié inférieure que l'on voit des papules récentes, jeunes, soit rouges, soit squameuses.

Le dos de la main gauche, les faces dorsales des doigts (première phalange) en sont couverts. Il n'y en a au contraire aucune, à partir des phalangines. Chose tout à fait remarquable, il n'y en a aucune ni à la paume des mains ni à la plante des pieds. Elles cessent sur le bord cubital de la face dorsale presque linéairement et au niveau des *follicules pilo-sébacés*.

Contrairement à ce qu'on constate sur un autre malade (Thomas, sujet de l'obs. I) observé à la même époque dans le service, ces lésions, qui semblent exclusivement glandulo-sébacées, sont superficielles, toutes celles du moins qui sont en évolution actuellement, et font ici penser à des

lésions bien plus des follicules pilo-sébacés que des glandes sudoripares. L'absence de toute lésion au niveau des régions plantaire et palmaire confirme encore cette manière de voir.

Il n'y a rien au niveau des aisselles, pas plus qu'aux régions pileuses.

Description d'une de ces lésions jeune et récente prise comme type. — Au début, simple tache rouge de la largeur d'un grain de millet, puis le centre blanchit. Ce centre blanc s'élargit ensuite aux dépens de la zone rouge qui diminue. La zone blanche s'élargit sans que la totalité de la lésion augmente de dimensions.

A ce moment encore la lésion est dure, indolente (sorte de petit plomb). Ce centre qui blanchit ainsi n'est pas formé autour d'un poil ; on ne voit même aucune de ces lésions qui présente un poil à son centre. La lésion n'est nullement acuminée à la manière des vésicules, elle reste aplatie comme une papule.

De blanc, le centre devient jaune : la sérosité est devenue purulente.

Les dimensions de la lésion augmentent alors un peu ; la zone rouge s'élargit ; elle est d'un rouge vif, animé, inflammatoire. Elle est un peu douloureuse ; elle n'a pas de bords bien tranchés ; elle finit « en mourant ».

Puis le centre se recouvre d'une petite croûtelle jaunâtre. Un petit pertuis infinitésimal a dû évidemment se produire et laisser sourdre une minuscule gouttelette de sérosité purulente ; de là cette squame mince et jaunâtre. Le malade dit en effet qu'il sort « de l'eau ».

Si on arrache cette squame, on trouve comme un petit trou, dont cette mince croûtelle forme le couvercle. Ce petit trou est la petite loge dont nous avons parlé ; elle contient encore un peu de sérosité crémeuse, jaunâtre. Si on l'enlève, il reste la loge vide ; jamais on ne trouve de bourbillon vrai. Une fois la poche vidée, la guérison est rapide, dit le malade.

Après la croûtelle enlevée et la poche vidée, il se reproduit presque aussitôt une nouvelle gouttelette de sérosité (« eau blanche ») limpide. Le liquide se reproduit, dit le malade, pendant plusieurs heures ; mais, avons-nous dit, dès qu'une poche est vidée, elle guérit vite : en effet, dès le lendemain elle est sèche, et quelques jours après, il ne reste plus que la cicatrice pigmentée.

Il nous semble bien qu'il s'agit là de l'hydrosadénite ; nous avons dit pourquoi nous préférions une dénomination plus spéciale.

Chaque élément a une évolution totale d'un mois environ, au dire du malade.

Les deux côtés du corps sont intéressés par des lésions de même nature, mais le gauche plus que le droit ; il n'y a d'ailleurs rien de symétrique dans la disposition des folliculites, rien qui rappelle un trouble trophique, une lésion développée à l'occasion d'un trouble nerveux ou le long d'un trajet nerveux.

Le coude, dit le malade, a déjà été guéri 3 fois. Puis il se reforme des boutons à sa surface dans l'intervalle des cicatrices anciennes. Actuellement il y en a une vingtaine en activité ; depuis 3 mois il n'y en avait pas eu dans cette région.

Depuis 4 ans et demi que le malade est atteint de cette tenace affection, il n'a

jamais été 8 jours sans avoir quelque folliculite. Mais la première poussée a été de beaucoup la plus abondante.

La première fois, les deux membres supérieurs seulement étaient atteints; à cette époque il a été soigné pendant 6 jours dans le service de M. Guibout. Il avait en même temps beaucoup de fièvre et des douleurs articulaires. Il alla mieux rapidement et continua son traitement au dehors par des bains de vapeur et du bicarbonate de soude, alternant avec l'arséniate de soude.

Depuis cette époque il n'a plus eu jamais de fièvre, mais nous avons vu qu'il n'a pas cessé d'avoir de boutons.

Il n'y a de ganglions nulle part et les viscères sont tous sains.

Le malade, depuis 1882 jusqu'à 1890, a été rencontré plusieurs fois par moi à l'hôpital Saint-Louis, tantôt à une consultation, tantôt à une autre. Je ne l'ai plus examiné depuis 1882, mais il m'a dit n'être toujours pas guéri. Toutefois les récidives sont plus espacées et chaque poussée se borne maintenant à l'apparition de 5 ou 6 folliculites.

Observation VI. — Recueillie dans le service de M. Besnier, par M. de Saint-Germain, interne du service. (Voy. fig. 3 de la planche, et au musée, moulage n° 1508.)

X... entre à l'hôpital Saint-Louis, salle Gibert, lit n° 18, le 25 avril 1890.

Ce qui amène la malade à l'hôpital, c'est une éruption non généralisée, mais constituée par des groupes d'éléments, les uns en pleine activité, les autres à l'état de cicatrices; ces derniers sont de beaucoup les plus nombreux. Ces groupes occupent de chaque côté du corps des points assez exactement symétriques.

Nous étudierons successivement ces localisations avec leurs caractères en commençant par les régions supérieures du corps et en terminant par les membres inférieurs.

L'étude de la face révèle tout d'abord un groupe occupant la région malaire de la joue gauche, et constitué par des lésions de différents âges et partant de différents aspects. Ce sont, en premier lieu, de petites nodosités miliaires sans modifications de la peau; puis des élevures un peu plus considérables, rouges, couronnées d'une croûtelle jaune ou brunâtre et entourées d'une collerette épidermique. Enfin des cicatrices régulièrement arrondies, déprimées, *comme faites à l'emporte-pièce,* les unes, rougeâtres, les plus récentes; les autres, brunâtres, les plus anciennes.

La joue droite porte seulement deux très petites dépressions cicatricielles récentes.

Les oreilles présentent des lésions très remarquables. Les éléments en pleine activité y sont rares; c'est à peine si on en trouve deux ou trois sur chaque oreille; mais, en revanche, le bord libre est occupé de l'un et l'autre côté, dans ses deux tiers inférieurs, par des dépressions cicatricielles de forme allongée, à fond rougeâtre et tellement profondes qu'au toucher il semble que le cartilage lui-même ait participé à la lésion.

Si, maintenant, nous passons à l'examen des membres supérieurs, nous voyons que le bras gauche ne présente aucun élément éruptif sur sa face interne. Sur la partie antéro-externe, au contraire, on trouve un

groupe composé d'éléments en activité, c'est-à-dire de formations vésiculo-croûteuses, jaunâtres, entourées d'une aréole inflammatoire ; en second lieu, de quelques éléments plus avancés, constitués par une légère saillie couronnée d'une croûte brunâtre, non entourée d'un cercle inflammatoire, mais d'une collerette épidermique. En troisième lieu, de cicatrices peu profondes, les unes moyennes, les autres très petites, toutes plus ou moins brunâtres ; enfin, sur la face externe proprement dite du même bras, on aperçoit quelques taches brunâtres sans dépression apparente. Il est à remarquer que cette même région porte de nombreuses saillies kératosiques.

Sur la partie externe du coude gauche (voy. fig. 3 de la planche), on trouve un groupe constitué par quatre éléments, relativement récents, possédant encore leur croûtelle au fond d'une dépression entourée d'une aréole saillante d'un rouge virant au brun ; deux d'entre eux ont déjà perdu leur croûte centrale.

Le groupe du coude gauche possède, en outre, une dizaine de dépressions cicatricielles peu profondes, à fond blanchâtre et à aréole brunâtre.

Sur la face postérieure de l'avant-bras gauche, à quatre travers de doigt du poignet, on trouve deux éléments, l'un récent(croûte, cercle inflammatoire, collerette épidermique), l'autre ancien, cicatriel (dépression à fond blanchâtre, à aréole pigmentée).

Au-dessus de ces deux éléments, on trouve une croûtelle grosse comme une tête d'épingle et entourée d'une minuscule collerette.

Sur le bord radial du poignet gauche, on aperçoit deux ou trois taches brunâtres, non déprimées.

La main présente dans ses lésions d'intéressantes particularités. C'est ainsi que, sur son bord cubital, on trouve trois nodosités, dont deux, très rapprochées l'une de l'autre, sont presque confondues. La peau est légèrement brunâtre à leur surface. Au palper, on a la sensation de tumeurs pas très bien limitées, profondes, quoique la peau glisse mal à leur surface. La pression est très peu douloureuse.

Au-dessous de ces trois nodosités, on voit une cicatrice brunâtre peu déprimée.

Immédiatement au-dessus de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'auriculaire, on trouve d'abord une cicatrice brunâtre, à la surface de laquelle l'épiderme desquame légèrement ; puis, s'étant formée tout à côté d'elle, presque sous elle, une nodosité analogue à celles que nous avons signalées plus haut, mais au niveau de laquelle la peau est amincie et rouge. Elle paraît d'ailleurs plus superficielle que les précédentes et semble plus qu'elles faire corps avec la peau. Sur la même main, il existe des ésions de même nature au niveau de l'articulation phalango-phalangi-nienne du petit doigt où l'on trouve une nodosité très peu sensible. Au-dessous de la même articulation du médius, où l'on rencontre une tumeur du volume d'un pois, à surface rouge ; enfin, à la partie externe de l'articulation phalangienne du pouce, où l'on remarque une saillie peu volumineuse, mais très douloureuse à la pression.

Ces nodosités sous-cutanées peuvent être assimilées aux lésions plus superficielles que nous avons signalées à la face, au bras et à l'avant-bras ;

y a-t-il différence de nature ou seulement de siège? La malade, interrogée, répond que, peu à peu, ces tumeurs sous-cutanées deviennent superficielles, adhèrent à la peau et donnent issue à leur contenu. Ce qui semble lui donner raison, c'est cette nodosité moins profonde, adhérente à la peau et à surface rouge. Mais nous n'avons jamais vu chez elle les tumeurs sous-cutanées proprement dites devenir superficielles. Elles se sont peu à peu affaissées, mais c'est là toute l'histoire de leur évolution.

On n'observe rien dans la paume de la main qu'une transpiration continuelle et abondante.

Passons à l'étude du membre supérieur droit.

Sur la face externe du bras, on trouve deux cicatrices très peu pigmentées et très peu profondes. Au-dessus du coude droit, à deux travers de doigt de la saillie olécranienne, on observe un tout petit groupe composé d'un élément tout récent, élevure à centre vésiculeux jaunâtre, à aréole inflammatoire, d'un autre élément un peu plus âgé, possédant une croûte centrale brunâtre et une collerette, enfin de cicatrices peu nombreuses, très peu pigmentées et très peu déprimées. On trouve également dans ce groupe un petit nævus pigmentaire; notons, en passant, que la malade porte un très grand nombre de nævi de ce genre disséminés dans toutes les régions. A la partie inférieure de l'avant-bras droit, on trouve un groupe occupant en partie le bord cubital et longeant en partie la face dorsale du poignet, suivant l'interligne articulaire. Ce groupe, comme tous ceux que nous avons déjà étudiés, possède des éléments à tous les âges.

A trois travers de doigt au-dessus de la tête du radius, on remarque un groupe de lésions papulo-vésiculeuses tout à fait à leur début. Un peu plus bas, des éléments plus avancés munis d'un bourrelet périphérique d'un rouge brunâtre, circonscrivant un centre déprimé occupé par une croûtelle. Il est à noter qu'en cette région les éléments, tout en conservant la physionomie que nous avons déjà observée sont plus volumineux, plus saillants, plus ombiliqués; les cicatrices sont plus larges, plus profondes, leur aréole plus pigmentée.

La main droite porte une cicatrice indurée, croûteuse, presque verruqueuse, sur la face dorsale de la phalangine de l'index. Une cicatrice analogue existe au niveau de la face dorsale de l'articulation phalango-phalanginienne de l'annulaire. Enfin, sur le bord cubital de la main, on trouve trois nodosités difficiles à bien délimiter, peu saillantes, paraissant très profondes et non douloureuses à la pression.

Nous avons suffisamment insisté sur ce genre de lésions en étudiant la main gauche pour glisser rapidement sur celles-ci qui sont identiques.

Outre les lésions déjà étudiées, on trouve encore deux groupes importants, l'un occupant le sein gauche et l'autre la fesse du même côté.

Le premier siège à la partie supérieure du sein gauche, à trois travers de doigt au-dessus de l'aréole mamelonnaire; il est constitué par des éléments affectant surtout le type de cicatrices déprimées ayant perdu leur croûtelle centrale et entourées d'une aréole violacée. Deux ou trois éléments seulement sont en pleine activité. Au-dessous de ce petit groupe, entre lui et l'aréole, existe une plaque d'un rouge foncé constituée lorsqu'on la regarde de très près par de fines télangiectasies. Au même endroit

sur le sein du côté opposé on trouve une plaque semblable, mais moins foncée.

Le groupe de la fesse gauche est le plus étendu qu'on trouve chez la malade; c'est un large placard qui ne mesure pas moins de 10 centimètres de haut sur 15 de large. Il est entièrement constitué par des cicatrices nettement arrondies, plus volumineuses que celles que nous avons étudiées jusqu'à présent; à centre déprimé, plissé, blanchâtre ou du moins très faiblement coloré, à aréole très pigmentée dont la coloration très foncée sur le bord de la cupule centrale va s'atténuant vers la périphérie.

Pour le moment, dans cette région, pas d'éléments en activité.

De ces lésions nous avons, outre le moulage 1508, des photographies de Méheux et des aquarelles de Linden.

Pour terminer cette description, ajoutons qu'on trouve encore une cicatrice très brune, peu déprimée, juste au-dessous de la rotule gauche et une autre cicatrice légèrement déprimée, peu pigmentée à la face interne de la jambe gauche, à quatre travers de doigt environ au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne.

Voici les renseignements fournis par la malade sur ses antécédents et sur la marche antérieure des lésions que nous venons d'étudier. Encore que cela n'ait pas grand intérêt, nous n'avons rien noté dans les antécédents héréditaires. Rien à signaler non plus dans les antécédents personnels avant l'éclosion de l'affection actuelle.

Il y a six ans, X... a commencé à ressentir des douleurs dans les bras et dans les jambes. Depuis lors elle a toujours eu, avec des périodes de rémissions plus ou moins longues, des sensations douloureuses dans les membres. Depuis trois mois surtout les douleurs n'ont pas cessé. Parfois ces phénomènes douloureux sont assez accentués pour nécessiter le séjour au lit, les membres étant pour ainsi dire paralysés. Elle présenterait aussi par moments un œdème assez considérable des membres inférieurs. Il y a six ans, elle a cessé de voir ses règles pendant six mois; puis la menstruation s'est rétablie; mais jamais depuis cette fonction ne s'est chez elle régulièrement accomplie. Elle ne présente pas de nervosisme bien accentué. Rien à noter dans l'examen des réflexes et de la sensibilité.

Il y a trois ans, l'éruption a débuté par l'oreille gauche; puis, ont fait leur apparition, les éléments du genou et de la face interne de la jambe gauche; ensuite les lésions ont apparu sur le bras gauche, puis sur le coude gauche. Enfin l'oreille droite et le membre supérieur droit ont été envahis. Le groupe de la fesse aurait débuté il y a un an après une chute sur cette région. Les éléments de la joue gauche ne datent que de trois ou quatre mois.

Les lésions les plus récentes se trouvent au niveau du poignet droit et du bord cubital de la main gauche.

Trois jours après son entrée à l'hôpital, on soumet la malade à une simple compression au niveau du poignet droit occupé, comme nous l'avons vu, par un certain nombre d'éléments dont plusieurs sont en pleine activité.

On lui ordonne également la médication tonique et reconstituante, sirop d'iodure de fer et vin de quinquina. Un peu plus tard on ajoutera la solution arsenicale.

Au bout de deux jours on constate au niveau de la région enveloppée

une très légère amélioration, les élevures semblent s'être très légèrement affaissées. Mais au bout d'un certain temps on constate que, malgré ce traitement, d'ailleurs anodin, il se forme à chaque instant de nouveaux éléments. Ce sont toujours les mêmes petites saillies rouges surmontées d'une vésicule blanchâtre s'excoriant très rapidement pour faire place à une croûtelle, laquelle une fois tombée découvre une dépression arrondie, nettement circulaire comme faite à l'emporte-pièce, très profonde, analogue à un godet de favus.

Un fait intéressant à noter, c'est que les nouveaux éléments éruptifs se forment uniquement au niveau des régions déjà envahies dans l'intérieur ou sur les bords des groupes déjà constitués ou encore au niveau des régions opposées, d'une façon symétrique; c'est ainsi qu'il s'est formé des éléments nouveaux se surajoutant aux groupes de la joue gauche, du bras gauche, de la fesse gauche; il s'est même fait en cette dernière région une véritable poussée. C'est ainsi également que les lésions ont envahi, en petit nombre il est vrai, la fesse droite jusqu'alors indemne.

Voici comment les choses se passent quand une poussée nouvelle se produit. Le 4 juin, par exemple, la malade éprouve de la douleur au niveau du bord cubital de l'avant-bras droit; bientôt il se produit au niveau du point douloureux de la rougeur, du gonflement, et les éléments nouveaux apparaissent formant un groupe à côté de celui que nous avons signalé déjà à la partie inférieure du bras droit. Les cataplasmes sont appliqués pour calmer la douleur et l'inflammation locale. L'évolution des éléments est par ce fait activée et bientôt de leur centre s'échappe une rondelle macérée, grisâtre, qui laisse à nu cette cicatrice profonde que nous avons tant de fois déjà mentionnée dans le cours de cette observation.

Nous avons déjà dit que les petites nodosités profondes qu'on remarque sur le bord cubital des deux mains n'ont pas évolué comme les éléments superficiels; peut-être se sont-ils un peu limités, mais ils sont restés profonds et n'ont pas perforé la surface cutanée.

L'enveloppement ayant insuffisamment réussi, on tente l'anéantissement des lésions dès leur éclosion par le galvano-cautère.

Cette fois encore le procédé est insuffisant; on arrive à arrêter l'évolution d'un petit nombre d'éléments, mais la plupart d'entre eux progressent, s'élargissent et laissent après eux une cicatrice aussi profonde que celle des points respectés par la cautérisation.

Nous avons remarqué que lorsque la pointe de platine pénètre dans la papule qu'on veut arrêter dans son évolution, de deux choses l'une: ou bien il ne s'échappe rien par l'orifice qu'on vient de pratiquer, ou bien au contraire il en sort une petite quantité de magma grisâtre, concret, grumeleux comme celui qui sort d'un furoncle. Dans ce dernier cas, la cautérisation est inutile, elle est même nuisible; elle ne fait qu'élargir la lésion. Le sphacèle s'est déjà produit; l'expulsion des produits sphacélés est fatale, la cicatrice inévitable.

Ajoutons que dans ces derniers temps on a tenté les applications de la pommade d'Isaac; mais il y a trop peu de temps que cet essai a été commencé pour que nous puissions en donner les résultats.

Cette observation est fort importante. On voit que l'affection qui y est décrite diffère, comme dans la précédente, des cas d'acnitis signalés dans les observations I, II et III, par la disposition et par l'évolution des éléments éruptifs, non moins que la marche de la maladie. D'autre part, elle s'en rapproche plus que de toute autre dermatose connue.

Nous pensons donc qu'il s'agit bien cliniquement, dans les observations V et VI, de folliculites généralisées et disséminées, mais de la variété où les éléments sont simplement *agminés*, groupés sans fusionnement. Les observations ultérieures et l'histologie décideront de l'étiquette définitive qui lui convient. En attendant mieux, et seulement pour marquer la distinction indiquée par la clinique, nous proposons pour elle la désignation de *folliclis*.

RECUEIL DE FAITS

SYPHILIS HÉRÉDITAIRE ; — mort au onzième mois. — LÉSIONS GOMMEUSES MULTIPLES DU CRANE ET DES OS LONGS. — GOMMES DU FOIE (hépatite nodulaire syphilitique). — GOMMES DU TESTICULE (orchite scléro-gommeuse). — LÉSIONS GOMMEUSES DE L'INTESTIN (entérite syphilitique).

Observation recueillie dans le service de M. le professeur Fournier.

Par MM.

J. Darier,
Chef des travaux histologiques.

H. Feulard,
Chef de clinique.

OBSERVATION. — Le 4 décembre 1887 entrait à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Fournier, un jeune enfant, âgé de 11 mois, avec sa mère.

Celle-ci, actuellement âgée de 29 ans, a contracté la syphilis six ans auparavant, en 1881 ; elle n'a pas suivi de traitement régulier et, devenue enceinte une première fois, elle accoucha en 1885 d'un enfant qui mourut de convulsions au bout d'un mois. Devenue de nouveau enceinte en 1886, et présentant des syphilides vulvaires, elle vint à l'hôpital Saint-Louis, au huitième mois de sa grossesse, fut alors traitée et mit au monde, à l'hôpital, l'enfant qui est le sujet de cette observation.

Cet enfant ne présenta à sa naissance aucune éruption; il était de force moyenne et paraissait en bonne santé.

La mère quitta le service peu après l'accouchement : nous les revîmes quatre mois plus tard.

L'enfant, qui jusque-là n'avait rien présenté d'anormal, fut pris alors d'accidents spécifiques. Il présentait : 1° des syphilides cutanées de la face; 2° un coryza abondant; 3° un sarcocèle. Traité dans le service de la Clinique, il reprit bientôt bonne mine et sa mère l'emmena après trois semaines de séjour, ayant gagné 3 livres de poids (de 6 livres, il s'était élevé à 9).

Nous ne le revîmes plus que la veille de sa mort (4 décembre 1887).

Que se passa-t-il dans l'intervalle ? Rien, dit la mère. Il y a six semaines, raconte-t-elle, l'enfant aurait été atteint d'une légère bronchite; la mère entra avec lui à l'hôpital Tenon, et l'enfant se remit assez vite.

Mais peu après éclatèrent d'autres accidents. L'enfant pâlit, s'émacia, ses jambes enflèrent, le ventre se ballonna, deux tumeurs apparurent l'une à la partie supérieure du bras gauche, l'autre à la partie inférieure

du bras droit; d'autres, plus petites, se montrèrent sur le crâne; l'état empira promptement et quand sa mère revint de nouveau nous l'amener, le pauvre petit était moribond. Il mourut, en effet, le lendemain même de son entrée à l'hôpital, et l'autopsie nous révéla la présence de nombreuses gommes disséminées comme on va le voir dans les organes les plus divers.

Cette autopsie fut faite le 6 décembre au matin, trente-deux heures après la mort.

Autopsie. — Le petit cadavre apparaît fort amaigri dans la moitié supérieure du corps, infiltré au contraire dans la moitié inférieure. Les tissus sont décolorés et la peau de l'abdomen livide.

En palpant le crâne, on trouve en plusieurs points, mais surtout dans la région frontale gauche, des tumeurs fluctuantes, de la grosseur d'une demi-noisette environ; sur le membre supérieur gauche existe une énorme tumeur fluctuante, de la grosseur d'un œuf de poule; les ganglions sous-maxillaires et sterno-mastoïdiens sont tuméfiés.

On procède à l'ouverture du corps.

Cavité thoracique. — La plèvre *droite* est adhérente au poumon correspondant par des tractus fibrineux; dans la plèvre *gauche*, épanchement peu abondant avec flocons fibrineux.

Les viscères sont retirés et examinés séparément.

Cœur. — Hypertrophie portant surtout sur le ventricule *droit;* le myocarde mesure 9 à 10 centimètres d'épaisseur; à la partie supérieure de la cloison interventriculaire existe un orifice anormal qui fait communiquer les deux ventricules. Cet orifice a une forme nettement triangulaire; son bord inférieur est constitué par l'adossement des deux endocardes épaissis et présente l'apparence d'une petite valvule.

En examinant cet orifice du côté du ventricule droit, on constate qu'il est recouvert par la valve antérieure de la tricuspide.

L'artère pulmonaire ne paraît pas rétrécie, mais l'infundibulum est un peu plus étroit que normalement. Le trou de Botal ainsi que le canal artériel sont oblitérés, les valvules sont normales. En résumé, vice de conformation par arrêt de développement, mais pas de lésions spécifiques.

Poumons. — A *gauche*, lobe inférieur en hépatisation rouge, lobe supérieur aéré et crépitant; languette antérieure splénisée. Les ganglions ne sont pas tuméfiés; à *droite*, adhérences résistantes au niveau du diaphragme. A la coupe, plusieurs îlots hépatisés dont un fragment détaché tombe au fond de l'eau. Vers la partie moyenne de la face externe, petit noyau à centre *caséeux* de la grosseur d'un pois. Les ganglions du hile de ce côté sont volumineux, gros comme des noisettes; trois de ces ganglions contiennent des noyaux indurés, composés d'une matière *caséeuse* sèche, coriace et dure, qui, dans l'un d'eux, s'est entourée d'une couche de pus phlegmoneux. En somme, dans les organes respiratoires, il y a coexistence de lésions syphilitiques (gommes caséeuses) et de broncho-pneumonie récente sans caractère spécial.

Langue, pharynx, amygdales, œsophage, larynx, trachée, corps thyroïde et thymus : sains. — Les ganglions rétro-pharyngiens sont volumineux et contiennent des *nodules* caséeux.

Cavité abdominale. — La cavité péritonéale renferme 100 grammes

environ d'une sérosité claire. Les viscères sont relativement exsangues.

Le *foie* apparaît, tout d'abord, parsemé de taches blanches et débordant les fausses côtes de deux travers de doigts.

Il n'y a pas d'adhérences intestinales, seulement de place en place se remarquent sur l'*intestin* grêle des plaques foncées, de couleur brun verdâtre, de grandeur inégale, au niveau desquelles il y a un épaississement notable des parois. Les *ganglions mésentériques* correspondants sont tuméfiés et durs, non suppurés, ni caséeux.

On procède à l'examen détaillé des viscères.

Rate, volumineuse et dure. *Reins,* de consistance ferme et d'apparence normale ; pas de gommes.

Foie : Poids, 305 grammes. La face convexe est constellée d'une multitude de petits points un peu saillants et appréciables au toucher, confluents par place, variant en volume des dimensions d'une tête d'épingle à celles d'une lentille et dont la couleur blanc crème tranche nettement sur la coloration foncée de l'organe. Ils abondent surtout sur les parties antérieures de la face convexe. La face inférieure offre le même aspect ; les ganglions de l'épiploon gastro-hépatique sont énormes, mais non dégénérés.

L'*estomac* et le *pancreas* n'offrent rien à noter.

Intestin grêle. — Les lésions siègent exclusivement sur la seconde moitié de l'intestin grêle, c'est-à-dire sur l'iléon. Elles s'accusent extérieurement par des taches foncées, brunâtres ou ardoisées, entourées d'un cercle congestif ayant en moyenne les dimensions d'une pièce de 50 centimes. A leur niveau la séreuse est parfois dépolie, et recouverte par une fausse membrane fibrineuse très mince ; il en est plusieurs sur lesquelles un examen attentif fait reconnaître un semis abondant de tout petits points blanchâtres qu'on ne peut enlever au raclage. L'intestin étant détaché du mésentère, déroulé et incisé le long de son bord adhérent, on constate que ces taches correspondent à des plaques épaisses et pour la plupart ulcérées, saillantes du côté de la muqueuse. Il en est de petites qui ont à peine les dimensions d'une lentille, les plus grandes ont l'étendue d'une pièce de 1 franc, mais leur diamètre longitudinal est souvent plus grand que le transverse ; la plupart sont d'étendue moyenne. On en compte une cinquantaine, disséminées dans l'iléon, dont la dernière portion, la plus voisine de la valvule, est pourtant respectée. Elles sont toutes, ou presque toutes, échelonnées sur la face opposée au bord adhérent de l'intestin ; celles qui sont ovalaires sont toujours allongées dans le sens longitudinal, aucune n'est dirigée transversalement. Ces plaques sont constituées par un épaississement des parois intestinales, elles sont dures et un peu saillantes ; leur surface est lisse, dépourvue de villosités ; leur contour est régulier, le bord est ordinairement plus saillant que le centre qui est déprimé en cupule ; on a, en somme, l'impression d'un disque renflé sur ses bords, qui serait enchâssé dans la paroi intestinale. Le siège et la forme de ces plaques devaient faire penser qu'elles étaient développées aux dépens des follicules agminés ; c'est certainement le cas pour un grand nombre d'entre elles ; mais on en voit qui n'occupent qu'une partie d'une plaque de Peyer, d'autres siègent à côté d'une plaque gaufrée, laquelle est parfaitement normale ; il est manifeste, enfin, que toutes ne correspondent pas

à des amas de follicules clos. Les follicules isolés ne sont pas tuméfiés.

La plupart de ces plaques épaisses sont ulcérées; les unes dans toute leur étendue, jusqu'au bourrelet, et dans ce cas les bords de l'ulcération sont en pente douce, comme taillés à l'évidoir, le fond est assez régulier et d'aspect diphthéroïde; d'autres plaques ne portent que des ulcérations partielles, à bords irréguliers et un peu décollés. L'ulcération n'est nulle part très profonde par rapport à l'épaisseur de l'infiltration et sur une coupe on reconnaît que son fond n'atteint qu'à peine la tunique musculeuse. Les plaques non ulcérées, souvent lenticulaires, lisses à leur surface muqueuse, ne sont marquées du côté de la séreuse par aucun changement de coloration et aucun exsudat. Autour de toutes ces lésions, la muqueuse apparaît un peu foncée et rétractée, mais en somme normale; il n'y a pas de rétrécissement notable du calibre de l'intestin.

Dans le *cæcum* on trouve une large plaque de même nature, exulcérée en plusieurs points. Le reste du colon et le rectum sont sains.

Testicules. — Tous deux sont gros, de consistance presque pierreuse; le droit un peu plus volumineux que le gauche. La vaginale est exactement appliquée contre eux. A la coupe, le testicule droit montre *plusieurs nodules caséeux* très évidents, mais mal limités, dont la couleur jaune verdâtre tranche sur le tissu rosé environnant. L'épididyme est induré sans nodules. Le testicule gauche, un peu moins gros, est dur; son tissu présente à la coupe un aspect sec uniforme, sans nodules caséeux, les lésions semblent plus diffuses.

En résumé, pour les viscères précités, *gommes très caractéristiques du foie, du testicule droit,* une petite *gomme du poumon et lésions vraisemblablement syphilitiques de l'intestin.*

La suite de l'autopsie confirme la nature de ces lésions et présente des particularités tout aussi intéressantes.

Examen du crâne. — Le cuir chevelu une fois détaché, sans aucune difficulté d'ailleurs, le crâne se présente avec les curieuses altérations suivantes :

Sur la surface des os et incrustées dans leur épaisseur apparaissent des tumeurs molles, fluctuantes, de volume variable, de couleur jaune : ce sont les plus grosses de ces tumeurs que l'on sentait très facilement par la palpation. La peau n'a contracté aucune adhérence avec elles et n'est même pas amincie à leur niveau.

Le maximum des lésions siège, avons-nous dit, sur le frontal. A gauche, on voit jusqu'à 7 de ces lésions; en avant, tout près de la suture frontale, existe une gomme fluctuante de la grosseur d'une demi-noisette qui, lorsqu'on la ponctionne, laisse échapper un pus crémeux, jaune verdâtre, bien lié (1).

Après évacuation du pus (et encore après dessiccation de la pièce), on voit que le pus siège dans le diploé, que la table externe est ulcérée et que sur le pourtour du foyer l'os est au contraire fortement épaissi formant un rebord saillant constitué par du tissu éburné plus dense et plus blanc que le tissu sain environnant. Çà et là, en divers points du crâne,

(1) V. Musée de l'hôpital Saint-Louis. Coll. génér., moulage n° 1297.

on trouve de petites dépressions jaunâtres circulaires. Il y en a deux sur la bosse pariétale gauche, quatre sur le frontal droit. La fontanelle antérieure mesure encore 3 centimètres sur 2, la fontanelle postérieure est fermée. On détache la calotte crânienne avec la scie, l'os est particulièrement dur et épaissi, et une fois la section faite, on voit que la coupe du frontal, par exemple, mesure 4 millimètres environ. La calotte est enlevée avec la dure-mère qui est intimement adhérente au crâne; on voit alors qu'aux points correspondants aux gommes ci-dessus décrites, la dure-mère n'offre aucune altération, pas même de la vascularisation anormale, et que le tissu osseux n'est aminci et transparent à la lumière qu'en un seul point, au niveau de la bosse frontale gauche. Les sutures sont normales, non prématurément soudées. La *pie-mère* et le *cerveau* sont sains, ainsi que les artères de la base et leurs branches.

Examen des membres. — Le *bras gauche* attire d'abord l'attention à cause de la grosse tumeur fluctuante remarquée pendant la vie et qui déformait si évidemment le membre. Cette tumeur est située à la partie inférieure et externe du bras, en dehors du biceps, dont une portion s'étale sur le bord interne de la tumeur et lui est intimement unie. La peau se laisse séparer, mais cette dissection est difficile tant cette peau est amincie, et il est impossible de poursuivre cette séparation jusqu'au bout sans ouvrir la tumeur involontairement avec le scalpel. Il s'écoule alors deux cuillerées environ de liquide purulent, vert, filant, épais et gluant. Le foyer une fois vidé, on s'aperçoit qu'il ne s'agit pas d'une gomme développée sur place, mais d'un abcès vraisemblablement en rapport avec des lésions des os ou de l'articulation du coude. Cependant, on ne peut retrouver l'orifice de communication; toute la face interne du foyer est recouverte d'un exsudat fibrino-purulent peu épais, granuleux. Mais du côté opposé, à la partie supérieure et interne de l'avant-bras, existe un autre décollement sous-cutané, qui, lui, communique largement avec l'articulation du coude par un orifice situé en dedans de l'olécrâne. L'articulation elle-même contient un peu de pus. La synoviale est épaissie et couverte de bourgeons charnus. Le cartilage de l'extrémité inférieure de l'humérus est exulcéré, ramolli par places et traversé par des bourgeons charnus qui viennent de l'os. A la face antérieure de l'articulation se trouve un vaste foyer qui pourrait loger une olive. L'extrémité supérieure du cubitus presque entièrement détruite par la suppuration (car il ne reste qu'une lamelle osseuse qui, de la face postérieure de l'os, s'étend à l'olécrâne, tandis que l'apophyse coronoïde et la surface articulaire n'existent plus) baigne dans le foyer purulent. Celui-ci est rempli de pus concret jaune verdâtre; les parois en sont tapissées par une fausse membrane fibrineuse infiltrée de pus en dehors de laquelle se trouve, du côté de l'os, une zone gélatineuse et, au delà, du tissu osseux spongieux raréfié et friable. Au contraire, sous le périoste le cubitus est éburné et épaissi. Ce foyer épiphysaire est séparé par une couche de tissu spongieux d'un autre foyer situé un peu plus bas dans le même os. La tête du radius et son col sont sains. L'extrémité inférieure de l'humérus est renflée dans tous les sens et considérablement augmentée de volume, elle mesure environ 3 centimètres dans le sens antéro-postérieur. En l'ouvrant avec la scie, on voit qu'elle contient un

foyer suppuré et caséeux analogue aux précédents et presque du volume d'une amande. Dans toute la moitié inférieure de l'humérus, l'os périostique est éburné, dur, et mesure 3 à 4 millimètres d'épaisseur. Au niveau du tiers supérieur, second foyer caséeux beaucoup plus petit.

Bras droit. — L'humérus contient dans son extrémité inférieure quelques petits foyers caséeux. La face postérieure de cette extrémité osseuse est augmentée par la production d'une couche de tissu osseux surajouté de 2 à 3 millimètres d'épaisseur, dans laquelle les travées osseuses sont perpendiculaires à la surface de l'os. En dedans de cet épaississement, on trouve une moelle rouge violacé avec deux petits foyers caséeux. L'extrémité supérieure est saine. L'articulation du coude n'est pas malade; mais l'extrémité supérieure du cubitus, renflée, renferme une vaste caverne pouvant loger une olive, cavité qui ne communique pas du reste avec l'articulation. Mais ce foyer intra-osseux a commencé à se faire un chemin vers l'extérieur du côté de la peau; il s'ouvre au niveau du bord interne du cubital dans un abcès sous-cutané. Un deuxième foyer caséeux de petite dimension se trouve dans le cubitus au niveau du tiers inférieur. Le radius présente seulement un petit foyer gommeux à son extrémité inférieure.

Membres inférieurs. — *Fémurs.* — Le *droit* renferme dans sa partie moyenne un petit foyer caséeux. A son extrémité inférieure se trouvent groupés une série d'autres foyers à différents degrés de leur évolution. Les plus petits sont d'un blanc translucide qui ressort sur le fond rouge sombre de la moelle osseuse. Les moyens, d'un jaune opaque, renferment du pus concret jaune que l'on peut faire sortir par le lavage. Le point d'ossification épiphysaire de l'extrémité inférieure du fémur est infiltré d'une matière jaunâtre demi-transparente. La ligne d'ossification au niveau du cartilage épiphysaire est un peu irrégulière, mais il n'y a pas la moindre tendance, ni là ni ailleurs, au décollement épiphysaire. Le fémur *gauche* n'a pas été enlevé.

Tibias. — Le *droit* renferme deux foyers caséeux; l'un petit à sa partie moyenne, l'autre un peu plus volumineux à sa partie supérieure.

Le *gauche* renferme à son extrémité supérieure un foyer caséeux du volume d'une petite noisette et communiquant avec un petit foyer sous-périostique. A ce niveau, l'os périostique est formé de plusieurs couches stratifiées, dures, éburnées; ces couches osseuses paraissent usées de dedans en dehors et l'os est perforé jusque sous le périoste qui est décollé. A la partie moyenne de l'os, le canal médullaire est très large et rempli d'une moelle marbrée de gris, de jaune et de rouge vif.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Foie. — Si l'on examine avec un faible grossissement une coupe un peu étendue du foie, on est frappé de voir que la présence des nodules qui étaient visibles à l'œil nu ne constitue pas toute la lésion. Entre eux et bien plus nombreux apparaissent des nodules plus petits, de dimensions variables, et qui n'étaient pas perceptibles à l'examen macroscopique. En cherchant à reconnaître les rapports de siège que présentent ces nodules avec les lobules hépatiques on constate leur présence sur des points quelconques du

tissu hépatique, mais de préférence dans les espaces portes; souvent on peut voir au milieu d'un de ces nodules la coupe d'un canal biliaire et de quelques vaisseaux. D'autres siègent en plein lobule, quelques-uns affleurent à la veine centrale.

La structure de ces nodules étudiée avec de forts objectifs correspond, comme on va le voir, à la description classique de la structure des petites gommes du foie.

Les plus petits nodules, en effet, s'accusant sur les coupes par une accumulation de noyaux fortement colorés, sont uniquement constitués par des cellules rondes, embryonnaires, qui semblent remplacer les cellules hépatiques et s'infiltrent entre elles plutôt qu'elles ne les refoulent. On ne voit pas nettement de substance qui soit interposée entre ces cellules, parfois seulement la coupe d'un capillaire dilaté. Ces amas embryonnaires correspondent à ce qu'on désigne sous le nom de *nodule syphilitique élémentaire.*

D'autres nodules sont plus clairs, les noyaux y sont bien moins abondants, affectent souvent une forme ovalaire ou en fuseau et entre les cellules auxquelles ils appartiennent se voit une trame de faisceaux conjonctifs aisément reconnaissables. Il s'y trouve quelquefois de grosses cellules claires d'aspect presque vésiculeux, dont le noyau ne se colore pas par le carmin et qui représentent probablement des cellules hépatiques en dégénérescence vitreuse. Ces derniers nodules sont généralement tout à fait ronds et plus nettement limités que des amas de cellules embryonnaires. Ils correspondent sans doute à un stade d'évolution plus avancé de la lésion. Les plus grosses gommes ont une forme arrondie ou plus souvent un contour polycyclique. Elles sont évidemment formées par la coalescence de nodules plus petits. Les nodules constituants ont une structure variable, les uns sont uniquement formés de cellules embryonnaires, d'autres sont presque fibreux, tant les fibres conjonctives y prédominent; quelques-uns enfin présentent à leur centre un amas de fines granulations qui ne se colorent ni par le picro-carminate ni par l'hématoxyline : ce sont des points où commence à se faire la caséification. Entre les nodules ainsi conglomérés se trouvent des cellules embryonnaires rondes ou fusiformes, et quelquefois des cellules géantes. Ces derniers éléments sont irrégulièrement distribués; sur la coupe de certaines gommes, on en trouve deux ou trois; d'autres n'en renferment pas. Nous n'en avons pas vu dans les petits nodules isolés. Sur le pourtour des grosses gommes les cellules hépatiques sont refoulées et aplaties au niveau des promontoires; elles entrent dans les sinus où l'on en trouve de dégénérées. Il n'y a donc aucune trace d'une limite fibreuse entre la gomme et le tissu hépatique, aucun enkystement en un mot. Les grosses gommes occupent une étendue supérieure à celle d'un lobule hépatique, elles ont parfois le volume de deux ou trois lobules. On doit donc s'attendre à voir dans leur intérieur les éléments d'un ou de plusieurs espaces portes. On trouve en effet toujours, soit en leur milieu, ou excentriquement, quelques vaisseaux sanguins, généralement d'assez gros calibre, et quelques canaux biliaires.

On peut se demander s'il y a, dans ces nodules et dans les gommes des espaces portes, tendance à un groupement spécial de lésions autour des

canaux artériels, veineux ou biliaires. Les artères paraissent saines ; les canaux biliaires ont leur épithélium normal, leur tunique conjonctive quelquefois saine, d'autres fois infiltrée de quelques éléments embryonnaires. Mais il y a certainement une altération plus grande des rameaux portes. Les veines portes d'un certain calibre, dont nous avons signalé l'existence dans les grosses gommes, ont le plus souvent leurs parois entièrement infiltrées et dissociées par les éléments embryonnaires; leur lumière est manifestement déformée et rétrécie. Dans beaucoup de petits nodules gommeux d'autre part, on trouve la coupe d'une artériole, d'un canalicule biliaire et pas de veine porte, celle-ci devant donc avoir disparu au milieu de la prolifération cellulaire. Il nous a paru que la plupart des petits espaces interlobulaires, même ceux qui n'étaient pas le siège d'une infiltration gommeuse, étaient hyperplasiés dans leurs éléments conjonctifs. On en pouvait conclure que l'infiltration gommeuse avait été peut-être plus diffuse et plus généralisée au début, que la prolifération embryonnaire avait rétrocédé sur beaucoup de points en donnant lieu à une hyperplasie, sur d'autres au contraire qu'elle avait persisté et pris un plus grand développement. Ce qu'il importe toutefois de noter, c'est que les portions de tissu hépatique ou, pour parler plus précisément, les régions des lobules où ne se trouvent pas actuellement de gommes, sont tout à fait normales. Nulle part on ne voit de traînées conjonctives partant des espaces interlobulaires pour envahir les lobules; nulle part on ne trouve d'éléments anormaux en dehors des nodules gommeux; il n'y a notamment pas de cellules embryonnaires le long des capillaires intralobulaires.

La recherche des bacilles de Koch et de la dégénérescence amyloïde par les méthodes appropriées a été faite sans résultat.

On se trouve donc en présence d'un cas d'*hépatite nodulaire syphilitique* pure, à nodules extrêmement abondants et peu avancés dans leur évolution. Cette forme est intéressante en ce qu'elle représente, à ce qu'il nous semble, un intermédiaire entre l'hépatite interstitielle diffuse du nouveau-né et l'hépatite gommeuse telle qu'on l'observe chez l'adulte : c'est la première fois que nous la rencontrons à l'état de pureté, c'est-à-dire sans hépatite interstitielle diffuse, chez les enfants nouveau-nés syphilitiques, lesquels succombent, il est vrai, généralement à une époque plus rapprochée de la naissance.

Testicules. — Le *gauche* où l'on ne voyait pas à l'œil nu de masses caséeuses a seul été examiné par nous.

Sur des coupes très étendues on reconnaît que l'albuginée est saine. Pas de lésions appréciables de l'épididyme et du canal déférent. Les lésions portent sur la glande spermatique elle-même. Le corps d'Highmore dont la coupe se retrouve sur un grand nombre de préparations est le siège d'une inflammation diffuse de son tissu fibreux, caractérisée par une hyperplasie conjonctive et surtout par une abondante infiltration de cellules embryonnaires au sein de ce tissu. Les cloisons fibreuses, interlobulaires présentent les mêmes altérations. Les vaisseaux n'y sont pas malades en apparence, sauf l'infiltration cellulaire de leur tunique externe. Quant aux lobules glandulaires, il en est dont l'aspect général n'est pas modifié, ce sont évidemment ceux-là où le processus morbide n'en est qu'à

sa première étape. On trouve dans ces lobules les tubes séminifères régulièrement espacés. Leur couche épithéliale est normale et circonscrit une lumière qui est à peine rétrécie, mais leur paroi conjonctive est épaissie et formée de couches concentriques nombreuses. Le tissu interstitiel est infiltré de cellules embryonnaires qui, par places, se groupent en amas constituant de véritables nodules gommeux élémentaires.

D'autres lobules ne sont pas reconnaissables. Une grande partie du testicule en effet est occupée par un tissu fibro-cellulaire d'un aspect uniforme au milieu duquel on ne retrouve plus la structure normale de l'organe. Ce tissu est formé de cellules embryonnaires, lamelleuses ou fusiformes, plus rarement arrondies, entre lesquelles se voit une substance vaguement fibrillaire; c'est là évidemment le résultat d'une sclérose. Sur quelques points les éléments sont plus granuleux, se colorent moins vivement et indiquent par là une tendance marquée vers la caséification. Mais on n'y trouve pas de nodules gommeux, ni cellules géantes, ni masse caséeuse d'un certain volume. Il est probable que c'est dans un tissu de ce genre que s'était produite la mortification dans le testicule du côté opposé où l'on voyait des masses caséeuses dures et assez volumineuses. Ce tissu scléreux est mal limité. Sur son pourtour on retrouve des tubes séminifères, mais irrégulièrement distribués, beaucoup d'entre eux ayant perdu presque tous leurs caractères. On ne reconnaît la place qu'ils occupaient, qu'à l'arrangement concentrique des éléments conjonctifs, résultant de ce que le tube a disparu, étouffé par la prolifération péri-canaliculaire. Puis, graduellement à mesure qu'on s'éloigne, les lésions diminuent d'intensité et l'on passe à un lobule qui est au stade précédemment décrit. Les particularités qui méritent d'être relevées dans cet examen sont les suivantes : diffusion très grande des lésions ; dans les lobules les moins malades, lésions à la fois péri-canaliculaires et interstitielles; dans les régions les plus altérées, absence de nodules gommeux élémentaires et de masses caséeuses caractéristiques.

L'autre testicule a été envoyé à M. le Dr Reclus, sur sa demande. Il nous a fait remettre la note suivante :

« L'épididyme paraît avoir son volume normal, et l'on n'y trouve aucune altération appréciable. Le testicule est triplé ou quadruplé de volume. La surface en est un peu inégale et dessine évidemment les bosselures des parties sous-jacentes. Mais l'albuginée ne paraît ni épaissie, ni recouverte des plaques cartilagineuses décrites par Ricord.

Lorsqu'on prend le testicule entre les doigts, on sent que les tissus qui le composent sont de consistance inégale. La partie inférieure et la partie supérieure très dures sont séparées par une zone de tissus beaucoup plus souples.

Sur une coupe antéro-postérieure on constate en effet que les portions les plus dures, aussi bien en haut qu'en bas, correspondent à des amas jaunâtres diffus. Cependant çà et là se trouvent des foyers jaunes à centre un peu diffluent. Leur volume est à peine celui d'une lentille.

Le noyau de la partie inférieure a le volume d'un gros pois; il est beaucoup moins diffus, presque circonscrit et, sur le pourtour, on constate une sclérose du tissu séminifère dont les tubes sont indistincts et dont l'aspect est presque hyalin et un peu transparent.

Du reste, en aucun point de la glande même dans les parties qui paraissent les plus saines, les tubes séminifères ne sont distincts les uns des autres; ils sont solidarisés en une masse grisâtre, parcourue par des travées plus épaisses et irriguée par des vaisseaux visibles à l'œil nu.

La gomme volumineuse que nous venons de décrire a bien 7 millimètres dans tous les sens. Elle est franchement jaune et son centre qui logerait un grain de blé est rempli par une matière diffluente verdâtre. »

Intestin. — A l'examen d'une coupe de l'une quelconque des plaques dures de l'intestin on constate d'emblée, à l'aide d'un faible grossissement que l'épaississement de la paroi intestinale est dû à une infiltration embryonnaire qui porte sur toutes les tuniques, mais tout particulièrement sur la sous-muqueuse. L'épaisseur des plaques est toujours 3 à 4 fois plus grande que celle des parties saines. Toutes les plaques qui ont été examinées, même celles qui semblaient lisses à l'œil nu, sont le siège d'une ulcération ayant détruit, surtout à leur centre, la muqueuse plus ou moins complètement, parfois la musculeuse de la muqueuse, mais n'entamant que fort peu en tous cas la sous-muqueuse épaissie. Cette ulcération contribue à former la dépression cupuliforme que nous avons signalée au centre de la plupart des plaques.

Pour ne rien omettre, nous décrirons successivement les altérations que présente chacune des couches de la paroi intestinale.

En suivant la muqueuse depuis les parties saines jusqu'aux bords de la lésion, on la voit se relever brusquement pour recouvrir le versant externe du bourrelet qui limite la plaque. A ce niveau on constate que les villosités, tout infiltrées d'éléments embryonnaires ou lymphoïdes, deviennent de plus en plus épaisses et massives : elles sont plus courtes sur le sommet du bourrelet et disparaissent un peu plus loin. Les glandes de Lieberkuhn sont corrélativement atrophiées; moins profondes sur le versant, elles ne se retrouvent plus sur le sommet du bourrelet. L'infiltration embyonnaire du chorion de la muqueuse, déjà notable au voisinage de la lésion, augmente d'importance peu à peu et se trouve portée au maximum au sommet du plateau; il en résulte qu'à la surface de la plaque morbide il n'y a plus qu'un tissu d'apparence embryonnaire, composé de cellules rondes et d'un réticulum très fin, dans lequel on ne retrouve plus aucun des détails de structure de la muqueuse normale. Vers le milieu de la plaque ce tissu est partiellement ou entièrement nécrosé et détruit par l'ulcération; ses éléments mortifiés ne fixent plus les matières colorantes et se désagrègent en granulations. Sur quelques plaques, l'ulcération est recouverte par une fausse membrane fibrineuse, englobant des cellules lymphatiques et des éléments dégénérés, fausse membrane qui s'étend parfois jusqu'au voisinage du bourrelet périphérique.

La musculaire de la muqueuse se relève avec la muqueuse au niveau du bourrelet; elle reste reconnaissable à la surface de la plaque, délimitant, au milieu des tissus uniformément infiltrés, ce qui représente la muqueuse de ce qui appartient à la sous-muqueuse. C'est aiusi que, par les festons à concavité supérieure qu'elle dessine en passant au-dessous de certains amas lymphoïdes arrondis, elle permet de reconnaître ceux-ci pour des follicules clos et indique que, certaines au moins des lésions de

l'intestin, sont développées aux dépens d'une plaque de Peyer qu'il eût été impossible de reconnaître sans cela.

Dans quelques plaques, la mortification et l'ulcération centrale ont dépassé la musculaire de la muqueuse, qui est donc interrompue à ce niveau, le fond de l'ulcère étant formé par la sous-muqueuse.

C'est à l'épaississement et à l'infiltration de la sous-muqueuse qu'est due en majeure partie, ainsi que nous l'avons dit, l'épaisseur des plaques morbides. C'est en effet cette couche qui est la plus large sur les coupes, et cela notamment vers les bords, d'où résulte le bourrelet périphérique. Elle est le siège d'une infiltration diffuse par des éléments, vivement colorés pour la plupart, les uns ronds, les autres fusiformes, au sein d'un tissu fibrillaire assez lâche. En étudiant avec attention des coupes bien colorées, on se convainc qu'il existe par places dans cette couche un groupement des éléments anormaux en nodules, au centre desquels les cellules se colorent moins bien et sont quelquefois même transformées en matière caséeuse. Ces nodules ne sont sans doute que des gommes syphilitiques élémentaires. Nous n'avons trouvé de cellules géantes que dans un nombre très restreint de coupes, au pourtour de ces amas. Les vaisseaux sanguins, abondants dans cette couche, sont souvent le centre d'un groupement concentrique des éléments infiltrés; la périartérite est manifeste, l'endartérite est bien moins prononcée; l'endothélium des artérioles est souvent gonflé et détaché; la lumière de ces vaisseaux est en tous cas très notablement réduite par rapport à l'épaisseur de leurs parois. Les veines nous ont paru moins altérées. On trouve enfin des amas de cellules rondes libres dans une cavité; il s'agit vraisemblablement de canaux lymphatiques dont l'endothélium n'est plus reconnaissable.

Les deux couches de la tunique musculeuse sont bien plus épaisses que normalement, ce qui est dû à la présence, entre les cellules musculaires, d'éléments embryonnaires abondants qui dissocient les faisceaux et rendent moins distincte la limite des couches. Quelques vaisseaux sanguins et lymphatiques traversent la musculeuse, entourés de véritables manchons de cellules lymphoïdes. Entre les deux couches transversale et longitudinale de fibres musculaires, apparaissent de grandes cellules ramifiées d'aspect tout spécial, isolées ou groupées, qu'il est facile de reconnaître pour des cellules nerveuses et des ganglions du plexus d'Auerbach.

La tunique séreuse est de toutes la moins épaissie; elle est cependant manifestement enflammée. Par places on découvre un exsudat fibrineux très adhérent à sa surface; son tissu est infiltré de cellules rondes disséminées ou groupées en amas, constituant de véritables nodules. Parfois un vaisseau lymphatique thrombosé ou bien dilaté et dont le contenu est tombé, occupe le centre d'un de ces nodules qui correspondent évidemment aux grains blancs que nous avons signalés sur la séreuse en faisant la description macroscopique des lésions.

La recherche des bacilles de Koch, faite avec le plus grand soin sur un grand nombre de coupes, a donné un résultat absolument négatif.

Nous nous bornerons, en terminant cette longue observation, à

attirer l'attention sur les quelques points suivants qui nous paraissent dignes d'être relevés, à savoir :

1° Au point de vue clinique, le fait d'une femme qui, après six années de syphilis et avec un traitement fait pendant le dernier mois de la grossesse, donne naissance à un enfant sain tout d'abord, mais atteint dans la suite de lésions gommeuses extrêmement multipliées qui causent la mort au onzième mois, malgré un traitement de trois semaines fait au quatrième mois.

2° Au point de vue anatomique, la multiplicité des lésions, la rareté de quelques-unes.

Lésions osseuses du *crâne* sans altération des méninges, lésions diaphysaires des os des membres sans décollement des épiphyses, mais avec envahissement de quelques articulations.

Lésions du *foie* d'une forme peu commune, à l'état de pureté tout au moins; hépatite nodulaire, sans mélange d'hépatite interstitielle diffuse.

Lésions du *testicule*, caractérisées par une prolifération et une sclérose interstitielles avec retentissement secondaire sur les éléments glandulaires qui sont atrophiés et disparaissent; mortification ultérieure du tissu de sclérose néoformé donnant lieu à la caséification.

Enfin lésions de l'*intestin* tout à fait remarquables.

Il est rare, croyons-nous, de rencontrer si multiples et à un tel degré des lésions gommeuses semblables. Cependant le fait n'est pas absolument exceptionnel et nous pouvons rapprocher de ce fait une observation analogue publiée par Humbert en 1870 (1).

Il s'agissait, dans ce cas, d'une enfant de 9 mois née d'une mère devenue syphilitique probablement au début de sa grossesse. L'enfant avait présenté une gomme de la paupière supérieure et quelques petites gommes disséminées sur les membres supérieurs. Elle mourut malgré le traitement; et à l'*autopsie* on trouva le *foie* volumineux, parsemé de petites tumeurs gommeuses miliaires; la *rate* présentant les mêmes lésions; des petites gommes également des *poumons* et dans les *ganglions bronchiques*; enfin des lésions osseuses presque semblables à celles que nous avons décrites. Ostéo-périostite gommeuse du *frontal* où l'on remarque plusieurs tumeurs contenant une matière liquide, jaunâtre, puriforme. L'extrémité inférieure de l'humérus droit et l'extrémité supérieure du cubitus du même côté sont envahies par une ostéite qui a détruit un grand nombre de cloisons du tissu réticulé et dont le pus s'est fait jour dans l'articulation. A la partie inférieure de l'humérus gauche on peut voir ce processus à son début, sous la forme de trois points jaunâtres, isolés, parfaitement circonscrits et entourés par le tissu médullaire qui a conservé sa coloration normale.

(1) *Bull. Soc. Anatomique*, 1870, page 42

La moitié inférieure du cubitus correspondant présente un renflement fusiforme qui quadruple au moins son volume normal. Une section verticale de l'os montre que toute cette partie est occupée par une masse blanchâtre, puriforme, au milieu de laquelle quelques trabécules osseuses ont seules persisté. A la circonférence, le tissu compact est aussi détruit et le périoste seul sépare la cavité de l'os des parties environnantes.

La multiplicité des lésions et leur distribution presque identique se retrouvent, comme on le voit, dans cette observation. Mais ce qui donne à celle que nous publions sa plus grande valeur, ce sont les lésions intestinales que nous avons rencontrées.

La syphilis de l'intestin est encore assez mal connue. En France, tout au moins, elle a été l'objet de peu d'études. A part la description, un peu ancienne il est vrai, des cas de Cullerier, les premiers où il soit fait mention d'ulcérations syphilitiques de l'intestin, nous ne connaissons de travail français sur cette question que le mémoire récent de MM. Hayem et Tissier (*Rev. de Méd.*, 1889, p. 281) basé sur un cas observé chez l'adulte, avec examen histologique très complet.

Les manifestations intestinales de la syphilis héréditaire sont peut-être un peu plus connues. Tremeau de Rochebrune a figuré dans sa thèse (1) (pl. III, fig. 5 et 6) l'altération suivante trouvée par lui à l'autopsie d'un enfant mort au bout de huit jours, syphilitique héréditaire.

Les intestins sont affaissés, les anses intestinales reliées par un dépôt plastique, fibrineux; la première portion de l'intestin grêle, du duodénum ainsi que le colon transverse portent des plaques d'un *brun noir*, indurées, pénétrant à travers les couches de l'organe. Ces plaques sont formées d'un réseau de fibres portant enchevêtrées des cellules fusiformes, ainsi que des globules graisseux et purulents. Les fibres de la couche musculaire semblent être écartées par un produit morbide d'un brun noirâtre.

Cette couleur noirâtre existait dans notre cas. Parrot (2) a observé un semis de granulations blanches semblables à un semis de grains de farine ou de semoule et qui étaient disséminées dans la tunique musculeuse.

Jurgens (3) a aussi rencontré ces granulations miliaires, nombreuses, qui siègent dans la muqueuse et dans la musculeuse et qui ont une grande ressemblance avec les lésions de la tuberculose. Il décrit encore deux autres formes de lésions; des lésions superficielles de la muqueuse tendant à la dégénérescence graisseuse et des gom-

(1) De quelques manifestations de la syphilis congénitale, *Th. Paris*, 1874.
(2) *La Syphilis héréditaire*, p. 80.
(3) *Uber Darm syphilis bei Kindern*. — *Berlin. Klin. Woch.*, 1880, p. 677. Anal. *Rev. Hayem*, XXI, p. 247.

mes siégeant dans la tunique musculeuse entre la couche des fibres longitudinales et celle des fibres circulaires.

Kundrat et Mracek (1), sur 200 cas de syphilis infantile, ont trouvé 9 cas de syphilis intestinale ; deux fois ils ont rencontré la perforation intestinale consécutive à une ulcération de l'intestin.

Enfin Mracek (2) a consacré à la question qui nous occupe un travail très complet contenant toutes les indications bibliographiques antérieures et une bonne étude histologique avec planches.

Ces diverses indications serviront à compléter la bibliographie déjà donnée dans le travail de MM. Hayem et Tissier.

L'observation que nous publions viendra donc prendre place à côté de ces faits et contribuera, nous l'espérons, à éclairer cette question.

On a reproché à quelques-unes des observations publiées de ne pas fournir la preuve qu'il s'agit bien de lésions spécifiques, à l'exclusion de processus pouvant produire un effet analogue (tuberculose, etc.). Nous pensons que notre cas n'est pas passible de ce reproche. La richesse des manifestations syphilitiques rencontrées dans presque tous les organes, les caractères concordants qu'elles présentent par la netteté des renseignements étiologiques, l'absence de toute lésion d'une autre nature, le résultat négatif enfin, au point de vue de la recherche du bacille de Koch, ne peuvent, à ce qu'il nous semble, laisser planer aucun doute sur l'origine syphilitique des lésions que nous avons décrites dans l'intestin et justifiant les développements que nous avons cru devoir donner à cette description.

(1) *Uber Darm syphilis*, Anal. Kanstatt, 1882, II, p. 497.

(2) Mracek. Uber Enteritis bei Lues hereditaria. *Vierteljahresschrift f. Derm. u. Syph.*, 1883, p. 209, avec 3 planches. — Anal. in *Ann. Dermat.*, 1884, p. 116.

LA MÉTHODE DE KOCH AU POINT DE VUE DERMATOLOGIQUE

par le Dr **Georges Thibierge,**

Médecin des hôpitaux.

(2e ARTICLE)

Dans le dernier numéro des *Annales*, j'ai exposé les faits acquis dans l'étude de la méthode de Koch en me basant principalement sur les observations que j'avais pu faire à Berlin. Depuis cette époque, de nombreux travaux ont paru sur ce sujet : sans permettre de juger encore définitivement cette méthode et de se faire une idée exacte de sa valeur thérapeutique, ils ont cependant apporté quelques données nouvelles, principalement sur le mode d'application de la méthode de Koch et sur sa valeur diagnostique. Il n'est pas sans intérêt de rapprocher les uns des autres ces divers travaux récents et de rechercher les faits saillants qui s'en dégagent.

Dose injectée. — La plupart des médecins ont renoncé aux fortes doses initialement proposées par Koch pour le traitement du lupus, doses qui, on se le rappelle, se montaient pour la première injection à 1 centigramme et qui, à mesure que la tolérance s'établissait, étaient élevées progressivement à 2, 3, 4, 5 centigrammes et plus. Un malade dont l'observation vient d'être publiée par M. Morris et J.-J. Pringle a reçu aux quatre premières injections 1 centigramme de lymphe, puis la dose a été élevée d'abord lentement et ensuite plus rapidement de sorte qu'à la quatorzième injection il a reçu 1 décigramme de lymphe : ce malade avait été soigné à Berlin par le professeur von Bergmann et son traitement avait été commencé le 16 novembre, c'est-à-dire au lendemain de la fameuse communication de Koch.

En dehors de Berlin, où on semble en être resté à ces doses pour ainsi dire massives, et de l'Angleterre, où Heron a copié presque servilement la manière de faire de Koch, la plupart des médecins ont été effrayés de l'intensité des phénomènes réactionnels généraux provoqués par ces doses, et des troubles viscéraux observés, et ont adopté une méthode plus prudente.

La plupart des médecins allemands, dans les cas de lupus, injectent des doses variant entre 4 milligrammes et 1 centigramme, le

plus ordinairement 8 milligrammes. Le professeur von Bergmann conseille de régler ainsi les doses dans le lupus : s'il n'y a pas de lésions viscérales, injecter 1 centigramme ; mais s'il y a des lésions viscérales, il est prudent de ne pas dépasser 6 milligrammes.

Kaposi n'a guère injecté à ses malades que 5 milligrammes à la première injection.

A Londres, W. Cheyne a injecté ordinairement 6 milligrammes et dans quelques cas, 1 milligramme chez des sujets jeunes ; Heron, chez plusieurs malades, est descendu à 5 milligrammes ; à Birmingham, les observations rapportées par Carter signalent des doses de 8, 5 et dans un cas 4 milligrammes. A Glascow, dans un cas de lupus, les quatre premières injections ont été faites à la dose de 2 milligrammes.

En France, presque toutes les injections ont été faites au début du traitement avec une dose de 1 milligramme, quelques-unes même à la dose de un demi-milligramme. Cette manière de faire que le professeur Cornil a préconisée dès le début de ses expériences a été constamment mise en pratique par la Commission des médecins de l'hôpital Saint-Louis. En Italie, les injections pratiquées par Baccelli, Cantani, Mazzuchelli, Bianchi, ont été faites ordinairement à la dose de 2 milligrammes, souvent même de 1 milligramme.

En Amérique, plusieurs des médecins dont on connaît actuellement les essais, Kinnicut, Jacobi et Meyer, ont employé la dose de 1 milligramme pour les adultes, parfois même de deux tiers de milligramme et, pour les enfants, celle de un demi-milligramme. D'autres ont injecté d'abord 2 milligrammes, comme Weber, comme Heinemann, ou 5 milligrammes comme Loomis, mais aucun n'a atteint 1 centigramme à la première injection.

Cette différence dans les doses employées correspond aux dates différentes auxquelles les injections ont été commencées ; plus celles-ci ont été tardives, plus elles ont été précédées par la relation d'accidents sérieux et plus on a abaissé la dose de lymphe.

En fait, c'est avec des doses fortes que la réaction générale a chance d'être plus violente, que les lésions viscérales ont chance de se produire plus intenses. Il faut reconnaître cependant que les doses faibles ne mettent pas à l'abri des accidents : des malades de l'hôpital Saint-Louis ont eu des accidents dyspnéiques et des troubles généraux graves, une fièvre souvent intense après des injections de 1 milligramme et de un demi-milligramme.

Une malade de Jarisch est morte 36 heures après l'injection de 2 milligrammes de lymphe, la seule qui lui ait été faite : elle a succombé avec de l'hyperthermie, des vomissements, de la somnolence, de la petitesse du pouls.

Ce que nous venons de dire s'applique à la première injection. Pour les suivantes, la règle générale — quelle que soit la dose ini-

tiale — est de n'augmenter la quantité de lymphe injectée que quand cette dose ne produit plus de réaction générale; on double alors la dose ou on l'augmente de moitié jusqu'à ce que la réaction générale cesse de se produire, puis on élève encore d'une quantité égale à la dose initiale, et si la fièvre ne se produit plus on augmente à chaque injection de la même quantité. Cependant, dans certains cas à réaction générale particulièrement intense, il a paru prudent de ne pas continuer l'emploi des doses initiales et de les diminuer de moitié : c'est ce qui est arrivé pour quelques malades de l'hôpital Saint-Louis et c'est également ce que plusieurs expérimentateurs, entre autres Heron et Loomis, ont jugé nécessaire de faire dans divers cas.

Intervalle entre les injections. — Quant à l'intervalle mis entre les injections, il a varié également dans des limites assez larges. La règle générale dans les premiers essais des médecins berlinois était d'attendre la fin de la réaction locale avant de faire une nouvelle injection. Cette règle a été transgressée plus d'une fois; le malade de M. Morris et J.-J. Pringle a reçu ses six premières injections à un intervalle ordinaire de deux jours (un seul jour entre la 2e et la 3e) et les suivantes se sont succédé quotidiennement, de sorte que dans l'espace de dix-huit jours il a reçu 14 injections correspondant au total à 48 centigrammes de lymphe; c'est, croyons-nous, le seul cas dans lequel le traitement par les hautes doses ait été mené avec autant de rapidité. En Amérique, on paraît rapprocher volontiers les injections : la plupart des malades reçoivent une injection tous les deux jours, quelquefois même tous les jours, que la réaction fébrile ait ou non pris fin : c'est ce qui se pratique dans les services de Kinnicut, de Loomis, de Weber, de Jacobi, de Meyer et de Heinemann.

Le plus ordinairement, les injections ont été plus espacées, sans cependant en arriver, comme dans les premiers essais de Koch, à mettre des intervalles de une à deux semaines entre deux injections.

A l'hôpital Saint-Louis, où les injections sont généralement pratiquées deux jours par semaine, certains malades ne reçoivent qu'une injection chaque semaine; chez quelques-uns et suivant l'intensité des réactions générale et locale, l'intervalle des injections atteint 12 à 15 jours.

La plupart des médecins anglais font deux injections par semaine. Heron chez presque tous ses malades n'en a fait qu'une seule; il commençait, ainsi que je l'ai noté plus haut, par 1 centigramme; actuellement, il tend à abandonner cette méthode et à commencer par 5 milligrammes en faisant les injections plus fréquemment jusqu'à ce qu'il ait atteint la dose de 1 centigramme.

L'expérience seule dira si la guérison est plus rapide et plus complète suivant que l'on rapproche ou que l'on éloigne les injec-

tions : jusqu'à nouvel ordre la prudence semble commander de ne pas les faire à intervalles trop rapprochés.

Il est inutile de revenir ici sur le mode opératoire et les précautions à prendre pour les injections.

Je rappellerai seulement pour mémoire la manière de faire de Baccelli qui a fait chez plusieurs malades des injections intra-veineuses à la dose de 1 milligramme et qui a obtenu ainsi des réactions locales très prononcées. Il est douteux que ce procédé vienne jamais à se généraliser.

C'est également à titre de singularité que je signale le fait de Mossler qui, dans un cas, a fait des injections intra-pulmonaires de lymphe successivement aux doses de 1, 3, 5, 8 et 10 milligrammes : le malade chez lequel cette tentative a été faite, — et c'est là ce qui la justifie, — était atteint de lésions pulmonaires qui ont été modifiées d'une façon remarquablement favorable. Le lupus dont il était porteur a présenté une réaction locale d'une netteté remarquable. Inutile d'ajouter que l'auteur ne préconise pas les injections intra-pulmonaires comme mode général d'introduction du liquide de Koch.

Réaction locale. — Nous n'avons pas à revenir ici sur les phénomènes de réaction locale : ils ont été suffisamment décrits dans l'article que j'ai consacré à la méthode de Koch dans le dernier numéro des *Annales* et je n'ai relevé dans les dernières publications qu'un seul point intéressant, c'est le développement au pourtour des lésions lupiques d'un gonflement d'apparence érysipélateux. A l'hôpital Saint-Louis, deux femmes qui avaient eu auparavant des érysipèles de la face ont été prises après une injection d'une tuméfaction ressemblant à celle de l'érysipèle et envahissant la joue, le front et une partie du cuir chevelu ; la durée a été de six jours dans un cas et de cinq dans l'autre ; le sang ne contenait pas de streptocoques et l'essai de culture sur gélose est resté stérile. Quelques faits analogues ont été observés, entre autres chez des malades du professeur von Bergmann et de Köhler.

Après l'emploi des injections de lymphe et par le fait des phénomènes de réaction locale, des nodules tuberculeux inaperçus jusque-là deviennent apparents : le fait a été constaté maintes fois pour le lupus. Il était très net aussi dans un cas de tuberculose de la muqueuse buccale où Litten a vu une ulcération tuberculeuse s'entourer d'un semis abondant de granulations tuberculeuses de récente formation.

Il est à peine besoin de faire remarquer que le lupus des muqueuses présente les mêmes réactions que le lupus cutané. Je signalerai seulement les cas suivants : lupus de la verge (Jacobi, Ebstein), lupus de la vulve (Jacobi), lupus du pharynx (Kraus, Kinnicut, etc.). A ce propos, notons que Michael a observé des résultats plus favo-

rables dans le lupus du larynx que dans la tuberculose vulgaire de cet organe.

Réaction générale. — Nous n'entrerons pas non plus dans de longs détails sur la réaction générale et sur la description de l'état fébrile qui succède aux injections de lymphe de Koch. Ces phénomènes n ont rien de spécial au cas particulier du lupus traité par cette méthode.

Il nous suffira de signaler l'irrégularité même de cette réaction générale. Le professeur Cornil a décrit trois principaux types de la réaction fébrile, caractérisés l'un par une ascension brusque et une défervescence également brusque, et à peu près complète, suivie d'une autre ascension thermique présentant la même évolution, le second par trois ascensions thermiques successives échelonnées sur trois jours, le dernier par une seule ascension thermique suivie d'une descente plus ou moins régulière. Il ajoute qu'à côté de ces types principaux, il en existe d'autres qui échappent à une description générale.

M. E. Vidal, dans son rapport fait au nom de la Commission des médecins de l'hôpital Saint-Louis (1), insiste sur ce fait que la réaction générale et la réaction locale ne sont pas toujours proportionnelles l'une à l'autre : avec une réaction générale très forte, les lésions du lupus peuvent n'être pas notablement influencées; on pourrait, en pareil cas, se demander si l'intensité de la réaction générale n'est pas due à l'existence de lésions viscérales non soupçonnées. D'autres fois on observe l'anomalie inverse caractérisée par le développement de phénomènes réactionnels locaux sans troubles généraux intenses.

L'intensité de la réaction n'est pas toujours proportionnelle à la dose de liquide injectée. Un des malades de l'hôpital Saint-Louis, qui avait reçu deux injections de 1 milligramme et avait eu, à la suite de ces injections, des températures de 40°,6 et de 40°,2, atteignit, à la suite d'une injection de un demi-milligramme faite au bout de douze jours, une température de 40°,8.

Deux injections successives à la même dose peuvent être suivies de réactions d'intensité croissante. Heron, après avoir observé dans plusieurs cas une réaction plus forte après la deuxième injection qu'après la première faite cependant à la même dose, se demande si cette différence ne tient pas à ce que la première injection a pour ainsi dire déblayé le terrain et mis à nu une plus grande quantité de matière tuberculeuse.

Des cas de ce genre ont fait penser à quelques auteurs qu'il y avait une véritable accumulation, une action totalisatrice : cette opinion est inadmissible quand on voit des malades supporter sans réaction générale des injections quotidiennes de plusieurs centi-

(1) V. page 71.

grammes, comme certains malades de von Bergmann et de Köhler. Tout au contraire un des faits singuliers qui résultent de l'étude de la lymphe est la facilité avec laquelle s'établit l'accoutumance à cette substance.

Un fait qui ne paraît pas avoir été signalé encore, c'est la cessation probable de cette accoutumance au bout d'un temps assez court. Ainsi, chez le malade de l'hôpital Saint-Louis dont je rappelais l'histoire plus haut et qui avait eu une réaction plus forte après la troisième injection faite à la dose de un demi-milligramme qu'après les deux premières faites à 1 milligramme, l'intervalle de 12 jours avait pu permettre à l'accoutumance de cesser. Dans nombre d'autres observations où les injections ont été plus espacées que n'avaient coutume de le faire les premiers expérimentateurs berlinois, les injections ont continué pendant un temps assez long à produire une réaction locale intense. Si ce fait se confirme et surtout s'accuse, ce sera une raison pour ne pas rapprocher les injections les unes des autres.

Accidents et complications. — Une simple mention suffira pour les altérations viscérales qui peuvent se développer chez les lupiques à la suite des injections : on a signalé, outre l'ictère, l'albuminurie généralement peu abondante et passagère, l'hématurie, la tuméfaction de la rate, les congestions pulmonaires orituberculeuses ou non, la faiblesse et l'accélération du pouls, quelques complications non encore décrites le mois dernier : tels sont des signes de myocardite et même d'endocardite (Commission des médecins de l'hôpital Saint-Louis).

Un jeune enfant du service du professeur Lannelongue a été pris, à la suite d'une troisième injection de lymphe faite à la dose de 3 milligrammes, de douleurs dans un grand nombre d'articulations (genoux, hanches, poignets, coudes, épaules, cou) avec épanchement abondant dans plusieurs d'entre elles : ces douleurs ne peuvent être considérées comme dues au réveil de foyers tuberculeux anciens, car elles ne se sont pas produites à la suite de la première injection, mais elles sont plutôt dues à l'action de la lymphe elle-même.

Aux éruptions cutanées polymorphes simplement érythémateuses, il faut joindre quelques faits dans lesquels sont survenues des vésicules (Rosenbach), des vésico-pustules et des bulles purulentes (Baum, Commission des médecins de l'hôpital Saint-Louis). Senator, Lindner, Helferich, Hofmeier ont signalé chez plusieurs sujets l'apparition de groupes d'herpès labial, dont j'avais rapporté un cas le mois dernier. Senator, rapprochant cet épiphénomène de l'état fébrile et de la congestion splénique, compare les troubles généraux produits par la lymphe de Koch à une attaque de fièvre synoque.

Maydl a vu une éruption herpétiforme se produire au point d'injection.

Dans quelques cas, chez des femmes surtout, les injections ont été suivies de chute des cheveux (Hofmeier, Commission des médecins de l'hôpital Saint-Louis).

Nous avons à signaler deux cas de mort chez des sujets atteints de lupus et traités par la lymphe de Koch. Ces faits méritent une mention particulière parce que les sujets, tout en présentant quelques lésions de tuberculose viscérale, n'étaient nullement dans un état cachectique qui dût entraîner rapidement leur mort.

Une jeune fille de 17 ans, atteinte de lupus ulcéreux du visage, qui avait reçu une seule injection de 2 milligrammes, fut prise au bout de 5 heures d'un frisson en même temps que la température s'élevait à 39°,6; au bout de 14 heures, sa température atteignait 41°,1; pendant la journée du lendemain, la température oscilla entre 40° et 41°; en même temps, la malade avait des vomissements répétés, une somnolence continuelle, des selles involontaires et un pouls très faible. La mort survint au bout de 36 heures. A l'autopsie, outre des traces d'une réaction très vive dans les régions lupiques, on trouva une congestion très marquée des ganglions cervicaux péri-trachéaux et péri-bronchiques qui étaient volumineux et caséeux par places; les poumons œdémateux étaient parsemés de nombreux infiltrats pneumoniques disséminés, la moelle et le cerveau étaient le siège d'un œdème très prononcé; la rate, le foie et les reins étaient augmentés de volume; la plèvre, le péricarde et la moelle présentaient des hémorrhagies capillaires; dans l'intestin grêle et surtout le gros intestin, on voyait de nombreuses lésions tuberculeuses, les unes ulcérées, les autres cicatrisées. (Cas de Jarisch.)

Une malade de H. v. Burckhardt, atteinte de lupus de la face et des fosses nasales avec quelques lésions peu étendues de la jambe, de la cuisse et du pied, reçut à 3 jours d'intervalle 3 injections, la première de 5 milligrammes, la seconde de 8 milligrammes, la troisième de 1 centigramme. Les deux premières injections avaient élevé la température à 39°,5 et à 40°. Quatre heures après la troisième, la température était de 39°; au bout de 6 heures, elle était de 40°,2 et la malade accusait une sensation de poids sur la région sternale; en même temps, elle avait de la dyspnée et de la cyanose de la face, tout en conservant sa connaissance. Les urines, qui, examinées à plusieurs reprises, n'avaient jamais été albumineuses, étaient très peu abondantes, renfermaient 5,5 pour 1000 d'albumine. Malgré l'injection de 150 grammes d'eau salée, la mort survint dans le coma, 21 heures après l'injection. A l'autopsie, les reins examinés par Baumgarten étaient congestionnés et présentaient des lésions d'aspect assez particulier, à la fois interstitielles et parenchyma-

teuses : nécrose de coagulation des épithéliums, infiltration des espaces intertubulaires. Le foie renfermait quelques nodules tuberculeux miliaires. Dans les poumons il n'y avait que des nodules tuberculeux très peu nombreux et en voie de régression ; des ganglions cervicaux offraient des lésions nettes de tuberculose. Je reviendrai plus loin sur l'examen histologique des tissus lupiques dans ce cas.

Modifications anatomiques des tissus sous l'influence de la lymphe. — Les phénomènes congestifs et inflammatoires intenses signalés déjà dans les tissus lupiques par Kromeyer et par le professeur Cornil, et dans la tuberculose vulgaire de la peau par Riehl, ont été observés de nouveau par le professeur Cornil dans des examens plus récents. Il semble indubitable que, sous l'influence des injections, les cellules migratrices pénètrent en quantité notable dans le tissu morbide, et que parmi les éléments réunis autour des vaisseaux, des glandes, dans les papilles et dans les follicules tuberculeux, il s'en trouve un certain nombre infiltrées dans le tissu morbide lui-même. Cependant l'interprétation des lésions est des plus embarrassantes. Baumgarten, à l'autopsie de la malade de H. v. Burckhardt, a trouvé des lésions cutanées participant à la fois de l'inflammation, de la suppuration et de la dégénérescence, ne différant par aucun caractère histologique de celles que l'on constate dans le lupus cutané non traité. Ce fait mérite, à ce point de vue, d'être rapproché de ceux dans lesquels Virchow (1), n'a constaté aucune modification de la structure de certains tubercules viscéraux.

Les sécrétions qui se font jour à la surface des lésions lupiques en état de réaction renferment une grande quantité de cellules migratrices qui proviennent des surfaces ulcérées ou qui sont tombées en même temps que les cellules épidermiques entre lesquelles le professeur Cornil a constaté leur présence. De plus, on y rencontre un grand nombre de bactéries de l'air et de streptocoques. Le professeur Cornil, dans un cas d'ulcération tuberculeuse de la peau, a trouvé des bacilles de la tuberculose dans la sécrétion purulente qui la recouvrait. Rydygier, sur trois cas de lupus, a trouvé une fois des amas de bacilles dans les croûtes qui recouvraient les ulcérations. Krynsky a fait la même constatation.

Valeur diagnostique de la lymphe de Koch. — Elle a été l'objet de recherches et de discussions nombreuses. Nulle ou à peu près pour certains auteurs parmi lesquels on peut citer le chef éminent de l'École de Vienne, le professeur Kaposi, cette valeur diagnostique est absolue pour d'autres. Les faits jusqu'ici connus semblent venir à l'appui d'une opinion mixte, à savoir : que d'une façon générale et sauf

(1) Virchow, *Société de médecine berlinoise*, 7 janvier 1891 (*Mercredi Médical*, 14 janvier 1891, p. 14).

exceptions l'emploi de la lymphe de Koch permet de reconnaître la nature tuberculeuse ou non d'une lésion cutanée donnée.

Le professeur von Bergmann n'a obtenu aucun effet local ou général à la suite d'injections de lymphe de Koch dans un cas d'*épithélioma* de la tempe; Rydgyier n'a également obtenu aucun effet dans un cas d'épithélioma du nez; par contre, le professeur Kaposi a vu survenir une réaction générale intense après l'injection de 1 centigramme de lymphe chez un sujet atteint d'épithélioma.

Des malades atteints de *rhinosclérome* n'ont présenté aucune réaction locale (Pick, Rydygier); un malade de Pick a eu une réaction générale, avec quelques manifestations pulmonaires, mais il était fortement suspect de tuberculose.

Le professeur Lewin a rapporté à la Société de Dermatologie de Berlin un certain nombre de cas de *syphilides*, dans lesquels les injections de lymphe n'avaient produit aucune réaction ni locale ni générale. Le professeur Cornil n'a jamais obtenu de réaction chez les syphilitiques auxquels il a fait des injections. — Le professeur I. Neumanu (de Vienne) n'a également vu se développer aucune réaction. Dans quelques cas, cette absence de réaction est venue confirmer un diagnostic douteux de syphilis, tandis que dans d'autres la réaction a permis de reconnaître un lupus mal caractérisé cliniquement (Lenhartz).

D'autre part, le professeur Kaposi a obtenu une réaction générale nettement caractérisée chez un sujet atteint de syphilide papuleuse en corymbe; dans un cas d'ulcère gommeux syphilitique, il a vu survenir de la rougeur avec tuméfaction du bord et du fond de l'ulcère et une abondante sécrétion de sérosité; chez un homme atteint de syphilide maculo-papuleuse récente, les amygdales devinrent le siège d'une rougeur aiguë avec tuméfaction et sécrétion de sérosité. Kœnigshœfer et Maschke ont constaté une réaction très nette dans deux cas d'iritis syphilitique. Schwimmer a observé des réactions générales et locales chez plusieurs syphilitiques.

Des lésions d'*acné* développées chez un lupique observé par le professeur Kaposi ont paru notablement augmentées, tandis que les comédons et les altérations des glandes sébacées qui existaient chez le malade de M. Morris et J.-J. Pringle n'ont subi aucune modification, alors que le lupus présentait une amélioration des plus considérables.

Schweninger et Buzzi ont rapporté les résultats positifs qu'ils avaient obtenus dans des cas de *lichen*; Schwimmer a obtenu une réaction générale dans le *psoriasis*.

Deux affections méritent une mention spéciale, c'est la lèpre à cause de l'analogie morphologique et chromophilique de son agent pathogène avec celui de la tuberculose, et le lupus érythémateux à

cause de la discussion encore pendante au sujet de ses rapports avec le lupus vulgaire et la tuberculose.

Faut-il attribuer la réaction qui s'est produite dans quelques cas de lèpre à la coexistence fréquente de la tuberculose? Cette interprétation qui, au dire de Arning, devrait être admise pour le cas de Maes dont le malade a présenté, après une injection de 5 milligrammes de lymphe, une réaction générale nette sans réaction locale apparente, paraît peu vraisemblable dans plusieurs cas où les malades qui ont offert cette réaction étaient des sujets encore vigoureux, n'ayant nullement l'aspect de tuberculeux, et en outre, si la présence de bacilles tuberculeux peut être suspectée dans les parenchymes viscéraux, elle est peu vraisemblable dans des lésions cutanées offrant manifestement l'apparence clinique du lépromé. Arning a rapporté l'histoire de deux lépreux qui après l'injection de 0,002, 0,004, 0,008 et 0,01 de liquide de Koch dans un cas, de 0,002 et 0,006 dans l'autre n'ont présenté aucune réaction locale ni générale; mais une injection de 0,005 a produit une réaction générale nette, mais sans réaction locale apparente.

Un malade de Max Joseph, atteint de lèpre tuberculeuse, a présenté une réaction locale faible, mais manifeste.

Goldschmidt sur quatre lépreux a obtenu avec 1 centigramme de lymphe une réaction générale dans tous les cas et, dans un cas, une réaction locale.

Le professeur Kaposi, dans un cas de lèpre maculeuse et anesthésique, a constaté une réaction générale et une réaction locale caractérisée par la transformation en infiltrats brun rouge, durs, semblables à des tumeurs, de plaques tout à fait unies et ayant l'aspect de taches pigmentaires qui occupaient le front et les joues. Chez un autre malade atteint de lèpre tubéreuse, il n'a observé, après des injections de 0,005 et de 0,01, que de faibles réactions générales.

Une malade de Watson Cheyne, atteinte de lèpre anesthésique, a eu à plusieurs reprises, après une injection de 1 centigramme de lymphe, une réaction générale manifeste, une exagération de ses douleurs; en même temps est apparue sur le tronc une éruption analogue, au dire de la malade, à celle qui avait marqué le début de sa maladie; des bulles se produisirent après chaque injection sur les orteils, les talons ou les jambes. De recherches entreprises dans 7 cas de lèpre, Kalindéro et Babès concluent que la réaction générale se produit constamment dans cette maladie comme dans la tuberculose, mais qu'elle y présente quelques caractères spéciaux : elle apparaît plus tardivement, persiste plus longtemps, il y a le 2e jour et souvent le 3e une nouvelle réaction et, si l'on répète les injections deux jours de suite, il peut en résulter une réaction d'une durée anormalement longue. Ces caractères ne nous paraissent pas avoir une grande va-

leur, car nous avons vu plus haut que, contrairement au schéma indiqué par Koch, les phénomènes de réaction générale ne sont pas soumis à une loi inflexible. Les différences dans la réaction locale indiquées par Kalindéro et Babès ont au contraire une valeur indiscutable ; elles consistent dans l'absence ou le peu d'intensité de cette réaction chez les lépreux, qui, au lieu de l'élimination des produits pathologiques observée dans la tuberculose, ne présentent après la disparition de l'injection qu'une formation lente de petites croûtes et une dessiccation peu prononcée des produits lépreux. Dans un cas de lèpre nerveuse, Kalindéro et Babès ont observé le développement de plaques rouges et ont vu l'anesthésie remplacée par l'hyperesthésie.

Il résulte donc bien des faits précédents, que le liquide de Koch exerce sur le tissu lépreux une action moins intense sans doute que sur le tissu tuberculeux, mais réelle cependant.

Un supplément d'enquête (1) est nécessaire pour savoir comment le *lupus érythémateux* se comporte vis-à-vis de la lymphe de Koch. Les faits connus jusqu'ici ne permettent pas de conclusions définitives ; ils ne manquent cependant pas d'intérêt. Les faits de lupus érythémateux sur lesquels on possède quelques détails sont actuellement au nombre de 10 (Cornil 2, Schweninger et Buzzi 3, Arning 2, Kaposi 1, Schwimmer 1, Weber et Kahn 1).

Dans tous les cas, on a constaté une réaction générale plus ou moins prononcée : le malade du professeur Kaposi a eu jusqu'à 40°,7 après une injection de 0,005 ; une malade de Arning a eu 39°,4 après une injection de 0,002 ; l'autre malade de Arning n'a eu qu'une température de 37°,8, mais elle a offert un érythème très prononcé, de la toux et ses urines peu abondantes étaient très riches en urates. Chez le malade de Weber et Kahn, la température n'a pas dépassé 38°.

Chez la malade de Schwimmer, la réaction (avec une température de 39°,5) ne s'est produite qu'à la quatrième injection faite à la dose de 5 milligrammes.

On ne peut attribuer ces phénomènes réactionnels généraux à l'emploi d'une dose excessive de lymphe, car ils se sont produits pour la plupart après l'injection de doses variant de 0,001 à 0,006, et dans les cas de Schweninger et Buzzi, où on a recouru aux plus fortes

(1) Une grande circonspection est nécessaire dans le diagnostic du lupus érythémateux. Pour des raisons que j'ai précédemment indiquées (*Ann. de Dermat.*, 1890, p. 955), je crois devoir laisser de côté, dans cet exposé critique des résultats de la méthode de Koch, quelques faits qui peuvent prêter à la discussion : tels sont un fait de Lewin, un autre de Loomis.

J'ajoute que si je ne cite pas un fait de Pick, dans lequel, d'après les analyses que j'en ai lues, la réaction a fait défaut, c'est parce que je n'ai pu me procurer l'article original.

Je laisse également de côté une des observations de Schwimmer dans laquelle la réaction a fait défaut, parce que les lésions, sous l'influence d'un traitement antérieur, étaient, au dire de l'auteur, complètement guéries.

doses, celles-ci ne dépassaient pas 0,01, dose qui, d'après Koch, est sans action sur les sujets indemnes de tuberculose.

Quant aux phénomènes locaux, ils ont été des plus variables : la réaction locale a fait complètement défaut dans deux des cas de Schweninger et Buzzi, elle a fait également défaut dans un cas du professeur Cornil, et dans ceux de Arning.

Par contre, dans d'autres cas, elle s'est montrée à un degré variable : très peu prononcée dans le troisième cas de Schweninger et Buzzi, elle s'est caractérisée par la formation de phlyctènes dans le cas de Weber et Kahn. Dans le cas du professeur Kaposi, la tuméfaction de toute la face et la sécrétion ne le cédaient en rien à ce que l'on observe dans le lupus vulgaire.

Nous ne voulons tirer encore aucune conclusion de ces faits, nous attendons qu'ils soient plus nombreux. Nous ajouterons seulement qu'ils légitiment la continuation d'essais dans ce sens : nous avons vu, dans un hôpital général de Paris, une malade, dont l'observation sera publiée prochainement, chez laquelle un lupus érythémateux présenta une amélioration très considérable à la suite des injections de lymphe. Un des malades du professeur Cornil a également été très amélioré.

Valeur thérapeutique de la méthode de Koch dans le lupus vulgaire. — Les améliorations produites dans les cas de lupus sont patentes, incontestables : on les a vues en France, en Angleterre, en Amérique, comme en Allemagne. On continue à les trouver plus rapides et plus considérables dans les formes ulcéreuses du lupus vulgaire, et cela est d'accord avec l'observation des chirurgiens qui font remarquer que les résultats de la méthode de Koch sont particulièrement favorables dans les cas de lésions ouvertes, fistuleuses (Köhler, Hahn, etc.). On a également noté dans quelques cas la disparition rapide et bien remarquable de l'infiltration éléphantiasique sur laquelle j'ai déjà insisté. Mais personne n'a publié encore un cas qui puisse être considéré comme guéri, c'est-à-dire dans lequel tous les tubercules lupiques sans exception aient cessé d'être apparents. Je sais de bonne source que les premiers malades traités à Berlin sont dans un état à peu près stationnaire, et que pas un d'entre eux n'a été débarrassé de ses nodules lupiques même d'une manière temporaire.

On ne saurait considérer comme des exemples probants de guérison des observations comme celles de Baum, dans laquelle il est dit simplement que la cicatrice était lisse et de belle apparence.

Le cas où l'on soit arrivé à l'état le plus voisin de la guérison est sans contredit celui de M. Morris et J.-J. Pringle que j'ai déjà cité à plusieurs reprises; je le signale d'autant plus volontiers que la notoriété et la compétence de ses auteurs lui donnent une valeur que possèdent bien peu d'observations publiées. Dans ce cas, les

lésions cutanées se sont complètement réparées, la cicatrice est devenue lisse et on n'y voit plus de nodules lupiques. Les lésions de la muqueuse buccale, très considérables avant le traitement, ont également subi une évolution très favorable. A la date du 8 décembre, cinq jours après la fin du traitement intensif dont j'ai déjà donné les détails, on constatait encore de petits nodules sur les gencives et le voile du palais; mais le 3 janvier on constatait que ces lésions étaient devenues beaucoup plus saillantes et montraient des signes évidents d'accroissement actif.

Ce fait suffit à montrer que les lésions qui persistent encore au moment où la réaction a cessé de se produire sont encore susceptibles de repulluler et de reprendre leur activité : on sait d'ailleurs que Koch a toujours déclaré que la lymphe agissait sur les tissus tuberculeux et non sur le bacille lui-même. Donc, tant que des tissus tuberculeux persistent, on peut et on doit craindre que la guérison ne soit pas définitive.

La conclusion qui se dégage de tous les faits connus reste la même que précédemment : la méthode de Koch amène dans certains cas de lupus une amélioration réelle et considérable, elle produit la cicatrisation rapide des ulcérations; mais elle n'a pas encore produit une guérison apparente complète, et à plus forte raison pas de guérison que l'on soit autorisé à espérer définitive.

Par contre, elle a produit dans un nombre relativement assez considérable de cas des accidents immédiats plus ou moins sérieux et dans deux cas la mort des malades, elle laisse après son emploi des lésions viscérales dont on ne peut prévoir la destinée ultérieure, elle révèle parfois des lésions tuberculeuses latentes dont elle accélère peut-être l'évolution. Elle ne peut donc être appliquée sans contrôle à tous les lupiques.

Dans ces conditions, sans en méconnaître la haute valeur scientifique et diagnostique, sans en nier la valeur thérapeutique, on doit conseiller une extrême réserve et une extrême prudence dans son emploi qui doit être toujours subordonné au consentement formel du malade.

Indication bibliographique des travaux concernant la méthode de Koch et présentant un intérêt au point de vue dermatologique.

Alsberg. Bericht über 18 mit dem Koch'schen Verfahren behandelte Fälle (*Deuts. med. Woch.*, 8 janvier 1891, p. 68).

Angerer. Beobachtungen über das Koch'sche Heilverfahren (*Münchener med. Woch.*, 1890, n° 49).

Arning. Mittheilungen über Versuche mit der Koch'schen Injectionsflüssigkeit bei Lepra und Lupus erythematodes (*Deuts. med. Woch.*, 11 déc. 1890, p. 1169). (Voir l'analyse de ce travail dans le présent fascicule des *Annales*.)

BACCELLI (service de). Relations des expériences (in *Riforma medica*, 1890, p. 1668, 1674, 1680, 1698, 1710, 1716, 1728, 1758).

BAUM. Zwei nach Koch'sche Methode behandelte und geheilte Fälle (*Deuts. med. Zeitung*, 1890, nº 103, p. 1191).

E. VON BERGMANN. Traitement des tuberculoses externes par la lymphe de Koch. — Réunion libre des chirurgiens de Berlin (*Mercredi médical*, 26 nov. 1890, p. 594).

DU MÊME. Idem (*Deutsch. med. Woch.*, 1890, nº 47).

DU MÊME. Conférence reproduite in *Lancet*, 3 janvier 1891, p. 50.

BIANCHI (service de). Relations des expériences in *Riforma medica*, 1890, p. 1722.

H. VON BURCKHARDT. Mittheilungen über das Koch'sche Heilverfahren (*Med. Corr.-Blatt des Württembergischen ärztlichen Landesvereins*, 18 déc. 1890, p. 257).

CANTANI (service de). Relation des expériences (in *Riforma med.*, 1890, p. 1746 et 1752).

CARTER. Cases treated by Koch's method at the Queen's hospital Birmingham (*British medical Journ.*, 27 déc. 1890, p. 1489).

CASSE. Résultats des inoculations de la lymphe de Koch faites à Middelkerke (Académie de médec. de Belgique, 27 déc. 1890, in *Semaine méd.*, 31 déc. 1890, p. 483).

W. CHEYNE (service de). Relation des expériences (in *British med. Journ.*, 1890, p. 1321, 1380, 1436, et *Lancet*, 6, 13 et 20 déc. 1890).

CORNIL. La méthode de Koch à l'hôpital Laennec (*Bulletin médical*, 1890, p. 1091, 1120, 1141).

R. CROCKER. The treatment of lupus by Dr Koch's method (*Lancet*, 22 et 29 novembre 1890, p. 1093 et 1151).

CZERNY. Erster Bericht über die Koch'schen Impfungen (*Deuts. med. Wochens.*, 18 déc. 1890, p. 1218).

S. DUSE e P. RINI. Contributo agli experimenti colla linfa di Koch in un caso di lupus facciale (*Gazzetta med. Lombarda*, 13, 20 et 27 déc. 1890).

EBSTEIN. Mittheilungen über die Versuche mit dem Koch'schen Heilmittel gegen Tuberculose (*Deuts. med. Wochens.*, 18 déc. 1890, p. 1203).

EVE. Impressions of the results of Dr Koch's treatment of tuberculosis (*Lancet*, 29 nov. 1890, p. 1149).

FEILCHENFELD. — Ueber den Verlauf einiger mit dem Koch'schen Heilmittel, etc. (*Therap. Monatsh.*, novembre 1890, p. 581).

FINKLER. (*Deuts. med. Woch.*, 25 déc. 1890, p. 1263.)

B. FRÆNKEL. Uber die Anwendung des Koch'schen Mittels (*Deuts. med. Zeitung*, 25 déc. 1890, p. 1192, et *Mercredi médical*, 30 déc. 1890, p. 658).

GILBERT. Note sur le traitement de la tuberculose par la méthode de Koch (*Rev. med. Suisse romande*, 20 déc. 1890, p. 736).

GOLDSCHMIDT. (*Berliner klin. Wochensch.*, 12 janv. 1890, p. 28.)

GRÜN and SEVERN. Handbook to Dr Koch's treatment in tubercular disease. Londres, 1890.

GUMPERT. Deux cas de lupus. Clinical Society of Manchester (*British. med. Journ.*, 10 janv. 1891, p. 74).

HAHN. (*Deuts. med. Woch.*, 2 janv. 1891, p. 27.)

HASLUND. (Hospitals Tidende, 17 déc. 1890.)

HAVAS. (*Pester med.-chir. Presse*, 7 déc. 1890.)

HELFERICH. Ueber die Erfolge welche mit dem Koch'schen Heilmittel, etc. (*Deuts. med. Woch.*, 11 déc. 1890, p. 1163).

HERON (service de). Relation des expériences (in *Brit. med. Journ.*, 1890, II, p. 1322, 1380, 1435).

HOFMEIER. Casuistische Mittheilungen über das Koch'schen Heilverfahren (*Berliner klin. Woch.*, 25 déc. 1890, p. 1205).

Jacobi (service de). Relation des expériences (in *Med. Record*, New-York, 20 décembre 1890, p. 703 et 707, et 3 janvier 1891, p. 21.

Jaksch. Ueber die Wirkungen des Koch'schen Heilmittel (*Wiener mediz. Presse*, 7 déc. 1890, p. 1929).

Jarisch. Lupus vulgaris. Tod 36 Stunden nach Injection von zwei Milligramm Koch'scher Lymphe (*Wiener klinische Wochens.*, 1890, nº 50, p. 972).

M. Joseph. Cas de lèpre. Société de médecine berlinoise, 26 nov. et 3 déc. 189, (*Mercredi médical*, 17 déc. 1890, p. 633).

Kalindero et Babès. Sur la réaction produite par le remède de Koch chez les lépreux (*Semaine médicale*, 16 janvier 1891, p. 19).

Kaposi. Société des médecins de Vienne, 5 déc. 1890. (Voir l'analyse de cette communication dans le présent fascicule des *Annales*.)

Kinnicut (service de). Relation des expériences (in *Medical Record*, New-York, 20 et 27 déc. 1890, p. 702 et 724, 3 janvier 1891, p. 22, et *Medic. News*, Philadelphie, 20 et 27 déc, 1890, p. 642 et 692).

Koch. Mittheilungen über ein Heilmittel gegen Tuberkulose (*Deuts. med. Wochens.*, 1890, nº 46 *a*).

Königshöfer u. Maschke. Beobachtungen über die Wirkung des Kochs'chen Heilmittels bei Augenerkrankungen (*Deuts. med. Wochens.*, 8 janvier 1891, p. 73).

Köhler u. Westphal. Ueber die Versuche mit den von Koch gegen Tuberculose Mittel (*Deutsc. medic. Wochens.*, 1890, nº 47).

Köhler. Société d'hygiène publique de Berlin, 24 nov. 1890.

Du même. Mittheilungen über das Koch'sche Heilverfahren der Tuberculose bei chirurgisch. Krauken (*Deuts. med. Wochens.*, 1er déc. 1890, p. 1127).

Kraus. (*Allgem. Wiener medic. Zeitung*, déc. 1890.)

Kromeyer. Histologischer über die Wirkung des Koch'schen Heilmittels gegen Tuberculose (*Deuts. med. Wochens.*, 4 déc. 1890, p. 1138).

Krynsky. Société des médecins de Cracovie, déc. 1890 (*Mercredi médical*, 30 déc. 1890, p. 659).

Lannelongue. Complications articulaires chez un lupique traité par la lymphe de Koch (*Bulletin médic.*, 17 déc. 1890, p. 1122).

Lenhartz. Erfahrungen mit dem Koch'schen Heilmittel (*Deuts. med. Woch.*, 18 déc. 1890, p. 1215).

Lewin. La méthode de Koch en dermatologie. Soc. de Dermat. de Berlin, 2 déc. 1890 (*Mercredi médic.*, 17 déc. 1890, p. 631).

W. Levy. Bericht uber die ersten nach der Method der Koch behandelten Fälle von chirurgischer Tubercul. (*Deuts. med. Woch.*, 20 nov. 1890, p. 1056).

Lindner. Société d'hygiène publique de Berlin. 8 déc. 1890 (*Mercredi médic.*, 17 décembre 1890, p. 635).

Lister. Lecture on Koch's treatment of tuberculosis (*Brit. med. Journ.*, 13 décembre 1890, p. 1372).

Litten. Société des médecins de la Charité de Berlin, 4 déc. 1890 (*Mercredi médic.*, 17 déc. 1890, p. 634).

Loomis. A study of the Koch's method in Berlin (*Medic. Record*, New-York, 27 déc. 1890, p. 721).

Loomis (service de). Relation des expériences (in *Medic. Record*, 3 janv. 1891, p. 25).

Maes. Société de médecine de Hambourg. 2 déc. 1890 (*Deuts. med. Wochens.* 11 déc. 1890, p. 1171).

Mazzuchelli (service de). Relation des expériences (in *Riforma medica*, 1890, p. 1746).

Michael. Effets de la méthode de Koch dans la tuberculose du larynx et le lupus du larynx. Société de médecine de Hambourg. 16 déc. 1890 (*Mercredi médical*, 14 janvier 1891, p. 23).

M. Morris and J.-J. Pringle. Clinical notes on a case of lupus treated in Berlin by Koch's method (*Brit. med. Journ.*, 10 janv. 1891, p. 72).

MOSSLER. Sur le traitement de Koch (Société de médec. de Greifswald, 6 déc. 1890).

MURRI (service de). Relation des expériences (in *Riforma medica*, 1890, p. 1692).

NAPIER (service de). Relation des expériences (in *Lancet*, 20 déc. 1890, p. 1351).

v. NOORDEN. Ueber frühzeitige Veränderungen der Lupus dem Einfluss der Koch'schen Heilmethode (*Deuts. med. Wochens.*, 1890, nº 49).

PHILIP. Personal impression of Koch's treatment, etc. (*Brit. med. Journ.*, 13 déc. 1890, p. 1376).

PHILIPPSON. Brief aus Wien (*Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 15 déc. 1890, p. 583).

PICK. (*Prager med. Wochensch.*, 1890, nº 52.)

RIEHL. Ueber histologische Veränderungen an tuberculöser Haut nach Anwendung der Koch'schen Injectionen (*Wiener klin. Wochensch.*, 1890, p. 991. — Voir l'analyse de ce travail dans le présent fascicule des *Annales*.)

RUTHERFORD (service de). Relation des expériences (in *Brit. medic. Journ.*, 20 déc. 1890, p. 1436).

RYDYGIER. Mittheilungen über das Koch'sche Heilverfahren bei Tuberculose (*Wiener klin. Wochens.*, 11 déc. 1890, p. 967, et *Deutsc. med. Zeitung*, 25 déc. 1890).

SCHWENINGER u. BUZZI. Brief aus Berlin (*Monatsh. f. prakt. Dermat.*, 15 déc. 1890, p. 578).

SCHWIMMER. Die Behandlung mit Koch'scher Lymphe vom dermatologischen Standpunkte aus beurtheilt (*Deuts. medic. Wochens.*, 1891, nº 1).

SENATOR. Mittheilungen über das Koch'sche Heilverfahren gegen Tuberculose (*Berliner klin. Wochens.*, 1890, nº 51).

SINGER. Zur Behandlung des lupus mit Koch'schen Injectionen (*Wiener mediz. Presse*, 1890, nº 50, p. 1978).

STEVEN and WORKMANN. Report of cases under Koch's treatment (*Brit. med. Journ.* 3 et 10 janv. 1891, p. 22 et 74).

G. THIBIERGE. Note sur les résultats actuels du traitement du lupus par la méthode de Koch (*Bull. Soc. méd. hôp.*, 1890, nº 35).

DU MÊME. Le traitement du lupus à Berlin par la méthode de Koch (*Bull. Soc. franç. de Dermat.*, 1890, p. 257).

DU MÊME. Le traitement du lupus vulgaire par les injections de lymphe de Koch (*Ann. de Dermat.*, déc. 1890, p. 941).

E. VIDAL. Rapport au nom de la commission des médecins de l'hôpital Saint-Louis (*Bull. Soc. franç. de Dermat.*, janvier 1891).

WEBER, KAHN and RACHEL (service de). Relation des expériences (in *Medic. Record*. New-York, 27 déc. 1890, p. 736).

WILLIAM. A case of Lupus treated by Koch's method under the care of W. Cheyne (*Brit. med. Journ.*, 3 janv. 1891, p. 21).

B. YEO. Some aspects of Koch's treatment of tuberculosis (*Brit. med. Journ.*, 13 déc. 1890, p. 1374).

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 8 JANVIER 1891. — PRÉSIDENCE DE M. HARDY.

COMPTE RENDU ANALYTIQUE

Herpès en cocarde confluent du tronc.

M. HALLOPEAU. — Je donnerai de nouveaux détails sur le cas que j'ai présenté dans la dernière séance sous la dénomination d'*herpès en cocarde confluent du tronc*, et que je propose aujourd'hui d'appeler *dermatite herpétiforme en cocarde.* L'éruption a, en effet, rapidement changé de caractères et elle a présenté pendant plusieurs jours ceux qui appartiennent à cette dermatite : bien que la poussée n'ait pas été de longue durée et que l'on ne puisse prévoir s'il se produira des récidives, on est en droit de la rattacher à ce type morbide. Elle a été nettement polymorphe ; de nombreuses taches de purpura sont venues s'ajouter aux placards érythémateux, vésiculeux et bulleux. Il s'est produit, en outre une néphrite aiguë et, sous son influence, des troubles graves de la santé générale, de l'albuminurie, de l'oligurie, une anasarque généralisée, de l'ascite et un état d'asthénie profonde ; l'existence du malade est en danger.

Ce fait montre une fois de plus que la bénignité attribuée à ces dermatites est loin d'être une règle absolue ; j'ai actuellement dans mon service un autre cas qui vient de se compliquer d'endocardite aiguë ; il semble que les toxines, dont la pénétration ou la production dans l'organisme est, selon toute vraisemblance, la cause prochaine de cette maladie, puissent ne pas limiter leur action phlogogène à la peau et l'exercer simultanément sur différents viscères tels que les reins et le cœur.

Xanthome multiple de la peau.

(*Présentation de malade.*)

M. E. VIDAL. — Voici un malade, âgé de trente-quatre ans, qui est atteint de xanthélasma multiple. Il est fils d'un père rhumatisant et a eu lui-même un rhumatisme articulaire avec lésion cardiaque. Il n'a jamais eu d'ictère ni de maladie de foie ; il offre seulement quelques troubles digestifs. Il présente sur les mains, à la paume et à la commissure des doigts, des taches jaunâtres de xanthélasma plan disposées suivant les plis pal-

maires. Sur les fesses, son xanthélasma est légèrement papuleux, sous forme de petites saillies acuminées d'un jaune rosé disposées autour des follicules pileux; aux coudes et aux genoux, point d'élection du xanthélasma, on trouve des petits tubercules de couleur rosée. Ce qui est tout à fait remarquable, c'est qu'il n'y a pas de xanthélasma aux paupières. La disposition de ce xanthélasma, sa coloration rosée le rapprochent de celui qu'on observe chez les diabétiques; cependant ce malade n'est pas glycosurique. Peut-être s'agit-il d'un cas analogue à celui de Bristowe, dans lequel la glycosurie n'apparut que longtemps après le xanthélasma.

M. Hallopeau. — Le siège autour des follicules pileux, la consistance dure des plaques me font penser qu'il s'agit là d'un xanthélasma différent de ceux qu'on observe d'habitude; je crois que sous le même nom on a décrit des maladies différentes.

M. Ern. Besnier. — Il s'agit bien dans ce cas d'un xanthome. Au fur et à mesure que nous connaissons mieux le xanthome, nous distinguons des formes inconnues autrefois. Une des questions les plus intéressantes à étudier, c'est le rapport qui existe entre le xanthome et certaines grandes maladies générales, au premier rang desquelles est le diabète. Mon diagnostic objectif sur ce malade est xanthome glycosurique, quoiqu'il n'ai pas de glycosurie; mais on pourrait dire presque à coup sûr qu'il en aura; peut-être son père en a-t-il eu. J'ai vu il y a quelques années un malade atteint de xanthome, dont le père était diabétique et qui était lui-même obèse; pour le fils, la glycosurie n'est qu'une question de temps. J'ai présenté en 1889 à une des réunions du jeudi un malade diabétique xanthomateux dont le xanthome disparaissait par moments; car c'est un des caractères du xanthome glycosurique d'être souvent intermittent ou rémittent. Sans préciser autrement les rapports qui unissent le xanthome et la glycosurie, on peut dire qu'ils ne dépendent pas l'un de l'autre, mais qu'ils appartiennent l'un et l'autre à une même dyscrasie à classer dans « l'arthritisme » ancien.

Syphilis héréditaire.

(*Présentation de malade.*)

M. H. Feulard. — Voici un jeune enfant de 21 mois, présentant des syphilides tuberculeuses sèches de la face, remarquables par leur circination régulière et leur disposition en demi-cercles, placés symétriquement sur les deux joues autour de chaque commissure labiale. Cet enfant présente de plus un beau type de la déformation cranienne connue sous le nom de crâne natiforme. La mère, âgée de vingt-six ans et mariée depuis six ans, a eu cinq grossesses : la première s'est terminée, par avortement, à cinq mois; la seconde, à sept mois par la venue d'un enfant mort au bout d'un quart d'heure; la troisième, par avortement à huit mois; la quatrième, par l'enfant actuel; la cinquième, par l'accouchement à huit mois et demi d'un enfant mort. C'est là un bel et triste exemple de l'influence néfaste de la syphilis sur la natalité. La syphilis paraît provenir du côté paternel; mais il s'agit, comme nous le voyons trop souvent, d'une de ces

syphilis méconnues et par conséquent non traitées qui amènent par cela même, dans la suite, tant de fâcheux accidents.

Vaccinostyle individuel.

M. Fournier présente, au nom de M. Mareschal, médecin de l'armée, un instrument de vaccination dont l'usage pourra prévenir le danger des inoculations de syphilis vaccinale et de vaccine ulcéreuse. Il s'agit simplement de plumes métalliques d'un modèle spécial; le prix peu élevé permet l'emploi d'une plume neuve pour chaque malade inoculé; la plume est ensuite détruite. On réaliserait ainsi le desideratum cherché d'un instrument appartenant à chaque vacciné et ne devant toucher que lui.

M. Lailler. — Pendant les revaccinations en grand nombre que j'ai faites au moment du siège de Paris, je me servais d'une aiguille formée d'un alliage d'iridium et de platine qu'on pouvait ainsi porter au rouge entre chaque vaccination et stériliser facilement.

M. Fournier. — Une stérilisation peut être plus ou moins exactement faite; l'idée de M. Mareschal, je le répète, est de fournir un instrument neuf à chaque vacciné.

M. Vidal. — J'ai vu utiliser dans ce sens et plus économiquement encore les épingles, dites épingles de nourrices, dont on aplatisssait la pointe d'un coup de marteau.

Le traitement de Koch à l'hôpital Saint-Louis.

M. E. Vidal. — La commission des médecins de l'hôpital Saint-Louis a ajourné à la prochaine séance le rapport qui vous sera présenté sur les observations des malades en cours de traitement. Nous ne pouvons aujourd'hui que vous donner un aperçu préliminaire de ce que sera ce rapport : 32 malades ont été inoculés; les premières inoculations ont été faites le 30 novembre 1890. La plupart ont été inoculés de quatre à six fois; un intervalle moyen de quatre à huit jours a été laissé entre chaque communication. En rapprochant les injections, en les faisant tous les deux ou trois jours comme à Berlin, les malades restent plus affaiblis, s'anémient et la réaction locale s'épuise plus promptement.

Réservant pour la prochaine séance la question encore à l'étude des modifications apportées à la lésion par les réactions locales, nous attirerons dès maintenant votre attention :

1° Sur l'irrégularité de la réaction générale;

2° Sur ses dangers;

3° Sur les précautions à prendre pour éviter ces dangers ou tout au moins les atténuer.

Irrégularité de la réaction générale. — Les réactions sont loin d'avoir la régularité, en quelque sorte schématique, annoncée comme caractéristique par Koch et les médecins de Berlin. Il n'y a pas de rapport constant entre la réaction locale et la réaction générale. Celle-ci peut être très forte sans que les lésions du lupus paraissent notablement enflammées. Chez plusieurs malades, nous avons vu une réaction intense suivre l'injection d'un

demi-milligramme de lymphe, même après plusieurs inoculations. Un malade inoculé deux fois avec 1 milligramme avait eu la première fois un maximum de température de 40°,6 ; la seconde fois, de 40°,2 ; une troisième injection faite douze jours après la seconde et avec moitié dose, un demi-milligramme seulement, provoqua une réaction plus intense avec une température de 40°,8. La durée de la réaction fébrile est loin d'être la même chez tous les sujets. En général, la défervescence se produit dans les premières vingt-quatre heures, mais il est très ordinaire de voir la température remonter dans l'après-midi du lendemain et atteindre parfois un maximum plus élevé que celui du premier jour. Ce mouvement fébrile vespéral s'est manifesté encore chez quelques malades dans l'après-midi du troisième et du quatrième jour.

Dangers. — La lymphe de Koch produit les effets d'un agent pyrétogène très actif, portant la congestion et l'inflammation dans toute l'économie, mais si inégalement qu'il est difficile de prévoir quelle en sera l'intensité et quels seront les organes qui en subiront les effets. Cette inégalité existe d'un malade à l'autre, et aussi chez le même individu d'une inoculation à l'autre. Les organes antérieurement malades, en dehors même de toute tuberculose, sont plus particulièrement congestionnés. Les viscères en apparence les plus sains peuvent être fortement congestionnés. La congestion des bronches et de la base des poumons est assez fréquente pendant les deux premiers jours. Plusieurs fois nous avons constaté des symptômes de myocardite et d'endocardite, de l'augmentation de volume de la rate, de l'albuminurie et, chez trois malades, de l'hématurie pendant trois ou quatre jours. Deux fois nous avons vu apparaître une tuméfaction ressemblant à l'érysipèle et envahissant la joue, le front et une partie du cuir chevelu chez des femmes atteintes de lupus qui déjà antérieurement avaient eu des érysipèles de la face. La durée a été de six jours dans un cas et de cinq dans l'autre cas. Le sang ne contenait pas de streptocoques et l'essai de culture sur gélose est resté stérile.

Précautions à prendre pour éviter ces dangers ou tout au moins pour les atténuer. — Nous avons diminué graduellement les doses initiales et espacé les inoculations. Nous commençons par un demi-milligramme, nous augmentons d'un demi-milligramme par injection, jusqu'à ce que nous obtenions une réaction élevant la température à 39°. Pour les injections suivantes, nous ne dépassons pas la dose qui aura été suivie de cette réaction, tant que la température de 39° sera atteinte. Nous laissons un intervalle de quatre à huit jours entre les injections successives.

Dans la séance prochaine, chacun des membres de la commission exposera, en particulier, ce qui ressort de son observation personnelle.

Vaccine généralisée suivie de mort.

M. E. Gaucher. — Il s'agit d'un enfant, âgé d'un mois, entré à la crèche de l'hôpital Necker. Cet enfant avait été vacciné onze jours avant avec du vaccin de génisse, à la Maternité où il était né. Huit jours après la vaccination, il avait à chaque bras trois belles pustules de vaccin ; la mère se rappelle que ce jour-là les pustules ont été excoriées ; la fièvre était très

forte, l'enfant criait incessamment et refusait de teter. Le lendemain, c'est-à-dire le neuvième jour, apparition de nombreux boutons ressemblant à des pustules vaccinales.

Le onzième jour, nous constations, outre les pustules de chaque bras, une éruption généralisée sur presque tout le corps. La distribution de l'éruption sur des régions où l'enfant n'a pu se gratter exclut l'idée d'une inoculation directe par grattage. Les éléments éruptifs sont les uns arrivés à l'état de pustules ombiliquées, les autres arrêtés dans leur évolution. Les jours suivants l'éruption continue sa marche; mais l'état général devient mauvais, les poumons s'engorgent et l'enfant meurt avec tous les phénomènes de l'asphyxie.

L'autopsie montre une congestion très intense des deux poumons sans hépatisation, une augmentation de volume de la rate avec ramollissement des reins congestionnés, et un foie parsemé d'îlots jaunâtres de dégénérescence graisseuse.

Je crois rationnel d'admettre que cette généralisation de la vaccine a été le résultat d'une infection générale, des auto-inoculations n'ayant pu produire une éruption aussi diffuse et aussi étendue, et les lésions existant en des points où l'enfant ne pouvait porter les mains. Je n'ai pu rattacher à aucune cause spéciale la malignité de la vaccine chez cet enfant.

Pseudo-chancres indurés des syphilitiques.

M. Humbert. — Longtemps on a attaché une grande importance à ces accidents syphilitiques et on a voulu leur donner une individualité à part; cette théorie n'est pas admissible. Il s'agit dans l'espèce de syphilomes analogues à tous les syphilomes, mais siégeant sur les organes génitaux et présentant cette particularité de s'indurer et de reproduire exactement l'apparence des chancres. Il n'y a pas de raison pour affirmer que le siège primitif du chancre joue le rôle de cause prédisposante dans le développement de ces syphilomes, car ces syphilomes sont fort peu nombreux relativement au nombre considérable des chancres génitaux.

Enfin, je n'admets pas beaucoup, après un temps aussi éloigné que celui qui sépare ces deux accidents, l'hypothèse d'un réveil de virus local.

Il ne faut pas non plus attacher une importance trop grande à l'induration. Beaucoup de syphilomes chancriformes ne sont pas indurés et nombre de lésions non syphilitiques des organes génitaux s'indurent au contraire. Les indurations tiennent le plus souvent à la structure même de cette région de la rainure où les plus simples ulcérations peuvent s'indurer. Je crois donc qu'il ne faut pas voir, de parti pris, des indurations syphilitiques, là où il n'y a peut-être que des indurations communes, chez d'anciens syphilitiques.

M. A. Fournier. — Je suis absolument de l'avis de M. Humbert : le nom de *pseudo-chancre induré* que j'ai proposé est un mauvais mot; il ne s'agit pas en effet de lésions particulières, mais bien d'un accident banal, seulement intéressant par sa localisation et son objectivité, telle dans certains cas qu'il est impossible, sans commémoratifs, de ne pas faire le diagnostic de chancre induré. Un autre point, connexe à la question en

discussion, c'est la récidive des accidents syphilitiques en un point toujours le même.

Ces récidives sont fréquentes; j'ai observé une jeune femme qui était atteinte de syphilide de la lèvre revenant continuellement au même point; j'ai vu un homme atteint d'une exostose du frontal, ayant récidivé quatorze fois; une autre jeune femme prise cinq fois successivement d'accidents gommeux du voile du palais qui finirent par entraîner une athrésie de l'isthme du gosier, pour laquelle une intervention chirurgicale fut nécessaire. Nous savons tous avec quelle déplorable facilité récidivent sans cesse les accidents syphilitiques de la langue, même en dehors de l'action du tabac. Il y a là une étiologie qui nous échappe et sur laquelle nous aurions grand intérêt à être éclairés.

M. Jullien. — Parmi les syphilides localisées qui récidivent continuellement au même point, il faut placer celles de la région de l'épaule et du sternum. Souvent ces syphilides récidivantes surviennent chez des sujets non traités dès le début de leur maladie. Quant au rôle à faire jouer aux réserves microbiennes dans les réveils locaux du virus, je crois qu'il ne doit pas être négligé.

La séance est levée. H. Feulard.

SOCIÉTÉ ANATOMIQUE DE PARIS

SÉANCE DU 14 NOVEMBRE 1890

Amputations congénitales multiples.

M. Thérèse présente un fœtus d'environ 6 mois qui offre les lésions suivantes : 1° amputation complète au tiers supérieur de la jambe gauche, dont le moignon n'est pas encore cicatrisé; 2° syndactylie à peu près complète des doigts du membre supérieur gauche : le cône formé par ces doigts est surmonté d'un long filament d'apparence fibreuse sur lequel on voit un renflement de la grosseur d'une petite lentille; la dernière phalange de tous les doigts semble avoir disparu; 3° au membre inférieur droit, disparition de la dernière phalange du troisième et du quatrième orteils; deux sillons extrêmement profonds ont partiellement détaché le premier orteil en entier et l'extrémité du deuxième; 4° à la partie inférieure de la jambe, deux sillons circulaires distants d'environ un centimètre.

M. Broca fait remarquer l'intérêt de cette pièce qui est un exemple indéniable d'amputations et de sillons congénitaux par brides amniotiques : c'est là le mécanisme ordinaire des amputations congénitales et la sclérose annulaire que l'on constate dans certains cas peut fort bien être consécutive à une bride qui s'est pour ainsi dire incorporée dans le derme. Ces amputations congénitales sont absolument différentes de l'aïnhum avec lequel quelques auteurs ont voulu les confondre. Cependant les sillons congénitaux peuvent, comme dans deux cas rapportés par M. Broca, se

compléter après la naissance, et vraisemblablement aboutir à une amputation circulaire.

Dans la séance suivante, M. Broca a rapporté l'observation d'un fœtus à terme, présentant outre une encéphalocèle orbito-nasale, des lésions multiples des membres : 1° au membre inférieur gauche, entre la jambe et le pied qui est très fortement en varus talus et dont le gros orteil est appliqué contre le bord antérieur de la jambe, on trouve un orifice admettant une sonde cannelée; au niveau du point où adhère le gros orteil, la jambe est creusée d'un sillon circulaire ou mieux hélicoïdal dont la forme montre bien le mode de production par le fait d'une bride; au-dessous de la striction, disparition d'une grande partie des os et des cartilages et disparition complète des vaisseaux et des nerfs; 2° au membre inférieur droit, pied en varus équin, sillon spiral au quart inférieur de la jambe; 3° aux deux membres supérieurs, un sillon circulaire peu profond au niveau de la dernière phalange du médius. L'examen histologique du sillon cutané de la jambe gauche, fait par M. Brault, a montré une petite ulcération cupuliforme n'atteignant pas la partie profonde du corps muqueux de Malpighi; les papilles dermiques étaient assez bien développées et dans l'hypoderme les lobules adipeux étaient séparés par des travées fibreuses épaisses. L'existence des sillons hélicoïdaux réduit à néant l'argument mis en avant par Jeannel (de Toulouse) d'après lequel les sillons, étant toujours circulaires, ne peuvent être produits par une bride.

Georges Thibierge.

ACADÉMIE DE MÉDECINE DE ROME

SÉANCE DU 7 DÉCEMBRE 1890

Deux cas de maladie de Morvan.

MM. Marchiafava et Bignami relatent deux cas de maladie de Morvan, les premiers qui aient été publiés en Italie.

Dans l'un, il s'agit d'une femme de cinquante-cinq ans qui, depuis vingt-deux ans, a présenté d'abord au pied droit, puis au pied gauche, et enfin aux deux membres supérieurs les phénomènes habituels de la maladie de Morvan (parésie, atrophie, anesthésie, panaris, etc.) et qui actuellement offre des déformations et des mutilations considérables aux mains et aux pieds.

L'autre a été observé chez un homme de cinquante-quatre ans chez lequel la maladie s'est développée, il y a huit ans, à la suite d'un traumatisme, est restée limitée aux membres inférieurs et s'est accompagnée de troubles vésicaux.

Dans les deux cas, il y avait une dissociation partielle de la sensibilité et des déformations considérables des articulations et particulièrement de l'articulation tibio-tarsienne dans le deuxième cas où on ne pouvait les distinguer de celles produites par une arthropathie tabétique.

Les auteurs, après avoir fait remarquer le siège des lésions aux membres inférieurs (1) et les troubles sensitifs, arrivent à cette conclusion, que dans ces cas le syndrome de Morvan était très probablement sous la dépendance de la syringomyélie.

Recherches cliniques et histologiques sur la teigne.

M. Taussig rapporte les conclusions auxquelles il a été amené par l'étude de 260 cas de teigne observés chez des enfants.

Il se base, pour soutenir l'identité des champignons pathogènes des teignes, sur les arguments suivants : 1° absence de coïncidence sur le même sujet des diverses formes de teignes; 2° transformation fréquente de la teigne faveuse en teigne tondante, sans qu'on observe jamais la transformation inverse de la teigne tondante en teigne faveuse; 3° identité des onychomycoses qui accompagnent la teigne faveuse et la teigne tondante; 4° existence constante de manifestations plus simples et plus superficielles de la présence du dermatophyte avant le développement du kérion et du granulome.

L'auteur a constaté, autour des godets faviques récents, la présence de leucocytes extravasés formant une barrière qui, plus tard, se laisse traverser par le mycélium, lequel pénètre alors dans les couches plus profondes du derme; un grand nombre de noyaux des cellules épithéliales présentent des figures de karyokinèse.

Comme traitement, il a a obtenu de bons résultats de l'emploi de l'acide pyrogallique à 10 p. 100, du naphtol à 15 p. 100, de la méthode de Unna (chrysarobine et ichthyol); il recommande l'anesthésie au moyen des pulvérisations d'éther sulfurique pour diminuer la douleur de l'épilation et pour dissoudre les matières grasses qui obstruent les orifices folliculaires.

Georges Thibierge.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

SÉANCE DU 15 DÉCEMBRE 1890

Un cas de mélanodermie localisée.

M. W. Dubreuilh présente un malade de 59 ans, qui, au mois de mai dernier, à la suite d'applications de sinapismes destinés à combattre des douleurs de lumbago, fut pris d'un érythème accompagné de violentes démangeaisons et d'une éruption miliaire blanche bientôt suivie de déman-

(1) Le siège initial, et même exclusif, des lésions aux membres inférieurs, fait sortir ces cas du cadre ordinaire de la maladie de Morvan; il n'est pas non plus en faveur de la syringomyélie qui a pour localisation le renflement cervical de la moelle. Aussi convient-il de faire des réserves formelles sur le diagnostic de ces deux cas. Georges Thibierge.

geaisons et occupant la région lombaire, l'abdomen et les flancs. Au bout de trois semaines apparurent, sur les régions occupées par l'érythème, de larges nappes noirâtres qui augmentèrent d'étendue et dont la couleur se fonça; les démangeaisons persistèrent en même temps que se produisait la mélanodermie; plus tard la mélanodermie diminua d'intensité et les démangeaisons devinrent plus modérées. Actuellement, il y a une large zone pigmentée, d'un noir brunâtre, parsemée de petites taches blanches miliaires d'apparence cicatricielle dues à des boutons d'acné suppurée, entourant la taille, plus large en avant qu'en arrière, couvrant tout l'abdomen et s'étendant jusque sur le scrotum. Il n'y a de pigmentation sur aucun autre point du corps, les muqueuses sont indemnes. Légère teinte subictérique. Polyurie remontant à une époque très éloignée, sans glycosurie. Amaigrissement rapide au début de la maladie, mais depuis le malade a repris un peu son embonpoint. La nature de l'affection paraît assez obscure.

M. Arnozan penserait volontiers à une maladie d'Addison, bien qu'il n'y ait pas eu de vomissements ni de pigmentation de muqueuses.

Sycosis généralisé.

M. Sabrazès présente un homme de 52 ans, manœuvre, qui était atteint depuis 8 mois d'un eczéma très prurigineux du pubis, de la lèvre supérieure et des paupières lorsque survint, il y a cinq mois, une affection qui se caractérisait au mois de septembre par la présence de pustules du volume d'un grain de chènevis à celui d'un pois, profondément infiltrées, généralement centrées par un poil. L'éruption formait au pubis et dans les plis inguinaux un placard triangulaire, rouge vineux, très infiltré, dont les poils étaient en partie tombés et qui laissait échapper à la pression, par de nombreux orifices, des gouttelettes de pus; les pustules étaient moins nombreuses et moins developpées sur le bas-ventre et sur les cuisses. On trouvait également de croûtes et des pustules sur la lèvre supérieure, dans les fosses narines et sur le bord libre des paupières. Il n'y avait pas de parasites dans les poils. Sous l'influence des bains de sublimé et des applications d'une pommade à l'oxyde de zinc, les lésions se sont notablement améliorées.

Georges Thibierge.

REVUE DES PÉRIODIQUES

DERMATOLOGIE

Lupus. — H. Leloir. Le lupus sclérosé et le lupus scléreux, in *Recherches cliniques et expérimentales sur la tuberculose*, publiées sous la direction de Verneuil, 2e volume, Paris, 1890, p. 374.

Il faut distinguer dans l'évolution fibreuse du tubercule du lupus deux cas bien distincts.

Dans un premier cas, la sclérose ou mieux la tendance à la sclérose est un des caractères de l'évolution du lupus : la transformation fibreuse n'est jamais totale; les lupomes atypiques ainsi produits, bien que leur virulence soit diminuée, sont cependant assez virulents pour continuer à évoluer et à pulluler par infection de voisinage. Ce *lupus scléreux* peut être primitif et présenter dès son début son cachet particulier, ou secondaire, et succéder au lupus vulgaire : c'est une variété évolutive qui peut durer 15, 20 ans et plus et non un processus de terminaison et de guérison.

Dans le second cas, la dégénérescence fibreuse du lupus vulgaire, ou *lupus sclérosé*, ne constitue pas à proprement parler une variété du lupus : c'est un mode de terminaison, c'est la guérison par métamorphose fibreuse. Cette évolution fibreuse du lupus est rare, elle ne se produit que dans le lupus non exedens. Les inoculations de lupus sclérosé donnent toujours des résultats négatifs, tandis que le lupus scléreux est virulent, donne des inoculations positives et renferme des bacilles; le lupus sclérosé n'est qu'un nodule cicatriciel stérilisé. Il ne doit pas être confondu avec les cicatrices consécutives aux lupus ulcérés. Lorsque la sclérose se produit, le tubercule de lupus prend une teinte plus livide, et tend à diminuer de volume, à s'affaisser; il devient plus dur et finit par prendre la couleur d'une cicatrice plus ou moins blanche, parfois un peu grisâtre ou bistrée, souvent nacrée, mais il ne prend jamais l'aspect papillomateux ou verruqueux du lupus scléreux. Au niveau du nodule sclérosé, la peau s'atrophie, devient plus pâle, parfois d'un blanc nacré au centre, l'épiderme présente souvent une légère exfoliation; parfois la cicatrice devient chéloïdienne. La dégénérescence fibreuse peut s'observer au niveau des lupomes isolés ou au niveau des placards de lupus; elle peut atteindre tous les tubercules de lupus dont le malade est porteur. Elle peut s'observer aussi bien sur les muqueuses que sur la peau. Elle présente une certaine analogie avec la dégénérescence fibreuse des lépromes.

Georges Thibierge.

Lupus. — H. Leloir. Le lupus vulgaire et le système lymphatique (radicules, vaisseaux, ganglions) (in *Études expérimentales et cliniques sur la tuberculose*, publiées sous la direction de Verneuil, 2e volume, Paris, 1890, p. 551).

La présence de nodules lupeux détermine des phénomènes réactionnels du côté du tissu conjonctif du voisinage et des vaisseaux lymphatiques. Le plus souvent, il se produit seulement un engorgement inflammatoire plus ou moins prononcé et limité, parfois accompagné d'œdèmes lymphangitiques localisés, aboutissant quelquefois à un état pachydermique. Parfois, surtout dans les lupus exedentes à marche rapidement destructive, il se produit des poussées subaiguës ou aiguës d'œdèmes lymphangitiques ou même de lymphangites réticulées présentant les caractères de l'érysipèle ; à la face, elles affectent souvent l'aspect de l'érysipèle blanc dit des strumeux; elles évoluent sans réaction fébrile appréciable ou s'accompagnent d'une fièvre plus ou moins intense, et de phénomènes généraux plus ou moins prononcés ; elles diffèrent de l'érysipèle vrai par une allure moins franche, un bourrelet peu marqué, une tuméfaction en quelque sorte étalée et l'absence d'envahissement du cuir chevelu ; ces poussées lymphangitiques paraissent jouer un rôle majeur dans l'absorption du virus tuberculeux, car leur production est parfois suivie de poussées de tubercules nouveaux à la périphérie ou à une certaine distance du foyer primitif de lupus. Quelquefois il se produit de véritables lymphangites tuberculeuses, présentant sur leur trajet des gommes scrofulo-tuberculeuses et des adénopathies similaires et consécutivement les poumons peuvent être envahis.

Les adénopathies sont fréquentes dans le lupus : elles occupent les ganglions où aboutissent les lymphatiques partant des téguments atteints, et se produisent un temps variable après le développement du lupus ; ces adénopathies sont de nature tuberculeuse (Leloir rapporte 7 observations dans lesquelles la nature tuberculeuse de ces adénopathies a été démontrée par l'inoculation aux animaux de fragments de ganglions) et non inflammatoires, comme le voulait Hebra ; elles peuvent aussi bien se rencontrer dans le lupus non exedens que dans le lupus exedens ; elles ne sont pas nécessairement volumineuses, caséeuses ou suppurées, mais peuvent être très petites, crues, dures, multiples ou uniques. Les adénopathies suppurées sont plus fréquentes dans le lupus exedens que dans le lupus non exedens. Les adénopathies petites, dures, élastiques, ressemblant aux adénopathies syphilitiques, sont plus souvent suivies de tuberculisation viscérale que les adénopathies suppurées. Ces diverses adénopathies réclament un traitement local : topiques, injections interstitielles, voire même ablation ou destruction des ganglions atteints. Lorsque la nature tuberculeuse de l'adénopathie a été démontrée soit par la recherche des bacilles, soit par l'inoculation, la destruction du ganglion ou sa désinfection s'imposent ; peut-être même faudrait-il toujours détruire toute adénopathie suspecte dont les lymphatiques sont en rapport avec un foyer de lupus. Georges Thibierge.

Tuberculose cutanée. Traitement par la lymphe de Koch. — G. RIEHL, Ueber histologische Veränderungen an tuberculöser Haut nach Anwendung der Koch'schen Injectionen. (Communication faite à la Société I. et R. des médecins de Vienne, le 5 décembre 1890. *Wiener klinische Wochenschrift*, 1890, n° 51, p. 991.) (1)

Pour se rendre compte du mode d'action de la lymphe de Koch dans la tuberculose, il importe essentiellement de savoir ce qui se passe dans le tissu morbide. De même que pour l'observation clinique des phénomènes de réaction locale, la peau est aussi le meilleur terrain pour étudier les modifications histologiques.

L'auteur a eu l'occasion d'entreprendre ces recherches chez un malade atteint de tuberculose étendue de la peau, en traitement dans son service depuis la fin du mois d'août. Bien qu'il ne s'agisse que d'un seul cas, cette observation est intéressante, car c'est le premier fait d'une tuberculose vraie, constatée, de la peau traitée d'après la méthode de Koch et les résultats de l'examen histologique sont si frappants que leur connexité avec le traitement de Koch ne peut être mise en question.

J. B..., femme d'un journalier, 53 ans, entre dans la division de Riehl, le 26 août dernier. D'après son dire, elle aurait été amputée de la jambe droite il y a cinq ans pour une carie de l'articulation du genou. Déjà avant sa sortie de l'hôpital, elle présentait les premiers symptômes de la maladie de la peau sur la surface antérieure du moignon. Au moment de son entrée, on constate à l'examen de cette malade, de constitution délicate, une matité légère et une expiration prolongée au sommet des deux poumons.

Au niveau du moignon, les parties molles sont assez fortement rétractées, elles ne sont nulle part adhérentes à l'os. Sur la face antérieure et interne de la peau du moignon, il existe une plaque irrégulière, à bords épais, dont la surface est recouverte de croûtes. La peau sous-jacente est épaissie, saillante de 1 à 2 millimètres, irrégulièrement mais fortement rouge, infiltrée. La surface de la plaque présente en quelques points une légère ulcération constituée par la réunion de petites pertes de substance ; dans d'autres, des granulations et une cicatrisation récente. Les bords de la plaque sont presque partout composés de petits ulcères de la dimension d'une tête d'épingle. Près de l'extrémité du moignon, il existe deux points de l'étendue d'une pièce de deux francs, et vers la vulve un autre point, recouverts de croûtes rupiformes, à bords décollés. Sur la face externe de la cuisse gauche, cicatrice irrégulière de 6 centimètres de longueur sur 4

(1) Chaque jour apporte de nouveaux documents sur le traitement de Koch : communications devant les sociétés savantes, articles de journaux, correspondance, etc. Ne pouvant les analyser tous, je me bornerai : 1° à résumer le mémoire de Riehl qui, par la grande compétence de son auteur au double point de vue dermatologique et anatomo-pathologique, mérite une mention plus étendue que celle qu'elle a reçue dans quelques journaux et surtout en raison des voies positives qu'elle ouvre aux recherches ultérieures ; 2° à analyser plus sommairement les travaux qui méritent surtout de prendre place dans l'histoire thérapeutique et diagnostique de la tuberculose tégumentaire.

de largeur, laquelle présente encore des infiltrats bruns et mous avec croûtes. Cicatrice analogue avec petits infiltrats au niveau du trochanter gauche. Les ganglions inguinaux sont à peine tuméfiés.

Diagnostic. — Tuberculose cutanée.

Traitement. — Applications de compresses trempées dans une solution de sublimé 1 pour 1000. Après trois semaines de ce traitement, la surface se cicatrisa presque entièrement, sans diminution appréciable de l'infiltrat. Quelques jours plus tard, la plaque s'exulcéra de nouveau. Une moitié de la plaie fut alors traitée avec la poudre d'iodoforme, l'autre avec une pommade avec l'iodoforme et le baume du Pérou; récemment cicatrisation partielle qui, de nouveau, au bout de peu de temps resta stationnaire.

Le 26 novembre, à midi, injection d'un milligramme de lymphe de Koch. Pas de réaction générale, mais sensation de picotement et apparition autour des grandes et des petites plaques d'une aréole érythémateuse de 1 à 3 centimètres de largeur. Sur une portion du bord de l'ulcère, légère tuméfaction de l'infiltrat. Le 27 novembre, injection de 6 milligrammes, pas de réaction générale et localement pas de modification notable. Le 29 novembre, injection de 6 milligrammes, réaction générale, frisson, temp. 39°, nausées, etc. Réaction locale : aréole rouge de 5 centimètres de largeur; toute la plaque, succulente, rouge vif, commence au bout de quelques heures à sécréter en plusieurs points des gouttelettes de sérosité, les ulcères de grandes quantités de pus séreux. Le 30 novembre, au matin, la plaque se trouve recouverte de croûtes eczématiformes épaisses, au-dessous desquelles toute la surface est humide. Les petites plaques présentent des phénomènes analogues. La cicatrice de la cuisse gauche est rouge, les infiltrats exulcérés et sécrétant abondamment; on constate en outre sur la peau, normale jusqu'alors, de la face externe de la cuisse droite, deux nodosités du volume d'un pois, succulentes, rouge clair, entourées d'une aréole érythémateuse légère. Au bout de 24 heures l'aréole érythémateuse disparut, l'humidité cessa et toute la plaque s'enfonça au-dessous du niveau de la peau normale.

Quelques jours après l'entrée de la malade, on avait excisé un fragment de la grande plaque, pour en faire l'examen histologique; le résultat confirma le diagnostic clinique. On fit une nouvelle excision dans le milieu d'octobre (I); de plus, on enleva un fragment 24 heures après la deuxième injection (II) et un autre 12 heures après la troisième (III) pour l'examen histologique.

On plaça tous ces fragments de peau dans l'alcool absolu.

Dans le fragment excisé avant le traitement de Koch, il y avait des tubercules miliaires sans vaisseaux, avec cellules épithélioïdes et nombreuses cellules géantes, entourés de tissu de granulation. Les tubercules existaient dans toutes les couches du derme immédiatement au-dessous de l'épiderme, dans le chorion proprement dit et isolés même dans les couches supérieures du tissu sous-cutané. Ils étaient isolés ou groupés en infiltrats volumineux, à des degrés différents de développement et de régression. Outre ces tubercules à caséification centrale, il y en avait d'autres petits récents.

Dans le tissu dermique environnant on ne trouve qu'une faible aug-

mentation des éléments cellulaires, nombreuses cellules rondes le long des petits vaisseaux.

Sur l'épiderme, pas de modifications importantes.

Quant aux bacilles, on n'en trouva que deux dans une cellule géante sur environ 12 coupes examinées.

Pas d'autres micro-organismes dans le tissu, ce n'est que sur et dans les couches supérieures de la couche cornée que l'on trouva des cocci en quantité passable, colorables par la méthode de Gram.

Sur le fragment de peau (III) excisé 12 heures après la troisième injection (de 6 milligr. de lymphe), provenant d'un point cicatrisé du bord, qui avait sécrété pendant le maximum de réaction, des coupes furent colorées avec le lithion carmin, l'hématoxyline, d'autres traitées d'après Weigert et d'après Ziehl.

Dans l'épiderme, nombreuses petites cavités remplies de fines granulations ou de leucocytes. Ces vésicules ou petites pustules avaient leur siège presque exclusif à la limite de la couche cornée, pas de cloison à leur intérieur, elles étaient donc à peu près analogues à des vésicules miliaires.

Le réseau de Malpighi voisin est le siège d'une tuméfaction œdémateuse modérée. Les vaisseaux du corps papillaire, en partie très remplis de sang, sont entourés de cellules rondes et dans leur calibre on distingue en quelques points de nombreux leucocytes.

Le tissu dermique de la couche papillaire et celui qui se trouve dans son voisinage immédiat est le siège d'une tuméfaction caractéristique. Ses fibres sont séparées et dans leurs intervalles il y a des espaces remplis de masses finement granuleuses ou composées de filaments ténus.

Les parties qui entourent chaque tubercule dans le derme, présentent le même aspect, tandis que le reste du tissu dermique est un peu plus riche en cellules, mais cependant n'offre pas d'autre déviation de l'état normal.

Les tubercules eux-mêmes paraissent beaucoup plus riches en cellules que dans les préparations antérieures; cellules rondes avec noyaux parfois doubles, fortement colorés, non seulement dans la couche périphérique de granulations, mais traversant toute l'épaisseur du tubercule, même en grand nombre dans les parties en dégénérescence caséeuse.

Les noyaux irrégulièrement déformés ou divisés de ces cellules sont évidemment plus foncés si l'on colore avec l'hématoxyline que les noyaux des cellules de granulation et des cellules épithélioïdes.

Il faut donc rapporter principalement cette augmentation des cellules à l'immigration de leucocytes.

Les tubercules situés dans le tissu sous-cutané présentent le même état.

Les petits vaisseaux du derme sont, eux aussi, remplis de ces cellules et présentent sur les bords des corpuscules blancs du sang disposés en séries.

Les espaces lymphatiques du derme sont élargis et remplis d'un contenu granuleux.

Les glandes sudoripares et des rares débris des follicules pileux ne sont le siège d'aucune modification.

Pour fixer d'une manière certaine la nature des masses granuleuses placées entre les fibres du derme et les petits filaments brillants, on traita

quelques coupes après coloration préalable des noyaux (lithion carmin), d'après la méthode de coloration de Weigert pour la fibrine.

On acquit alors la certitude que cette sécrétion était de la fibrine.

Les masses violettes de fibrine forment des dessins réticulés de filaments isolés, d'épaisseur et consistance différentes.

C'est surtout dans la couche papillaire, autour des capillaires à leur intérieur, que l'on observe des réseaux délicats. Les vésicules et les petites pustules dont il a été question sont remplies de fibrine et en quelques points les filaments de fibrine s'étendent à travers tout le réseau de Malpighi jusqu'à la limite de la couche cornée où ils forment un fin système de filaments placé entre les cellules du réseau (II).

C'est autour des tubercules que l'on trouve la plus grande quantité de fibrine.

A leur périphérie, il existe une zone large traversée de fibrine, tandis que les parties centrales des papules ne présentent de la fibrine qu'en quelques points et la sécrétion de fibrine est plus faible (I).

Sur quelques tubercules le réseau de fibrine existe aussi dans la portion centrale, même dans les parties en dégénérescence caséeuse, et il y a encore des cellules géantes bien conservées à plusieurs noyaux, entourées de réseaux de fibrine.

Il faut en outre mentionner que dans les préparations après injection de la lymphe de Koch on a trouvé un plus grand nombre de tubercules en dégénérescence caséeuse que dans les coupes provenant de la première période.

La recherche des bacilles tuberculeux a donné un résultat complètement négatif. On n'a pas trouvé de bacilles.

La recherche de cocci pyogènes ou d'organismes semblables n'a fourni aucun résultat positif, sauf en ce qui concerne les cocci adhérents à la surface de l'épiderme, tels qu'on les avait déjà observés dans les préparations avant l'injection (I).

Après la deuxième injection (2 milligrammes), on constata un résultat analogue, mais seulement moins caractérisé (II). Ici aussi on trouvait dans les morceaux de peau les signes d'une inflammation aiguë avec migration de leucocytes et sécrétion de fibrine.

Il importe de faire remarquer ici expressément que dans les coupes avant l'injection on n'avait pu reconnaître avec la coloration de Weigert aucune trace de fibrine et qu'il n'y avait que des leucocytes isolés dans le tissu et dans le contenu des vaisseaux sanguins.

En résumé, la modification qui se produit après la réaction doit être considérée comme une inflammation exsudative aiguë avec exsudat fibrineux et cellulaire dans le voisinage immédiat des infiltrats tuberculeux.

La modification dans les vaisseaux sanguins, l'apparition des vésicules, le nombre considérable des leucocytes dans le tissu, la sécrétion de fibrine autour des tubercules, dans les papilles et même dans l'épiderme, sont des signes d'inflammation avec exsudation prépondérante.

On ne saurait dire si la caséification plus prononcée indiquée ci-dessus est due à l'injection ou si c'est un fait accidentel.

Les résultats de l'examen histologique concordent exactement avec les

phénomènes cliniques : rougeur inflammatoire et tuméfaction de la peau malade, sécrétion d'un exsudat à la surface, vésicules et pustules, phénomènes qui manquaient tous complètement dans les préparations (I) avant l'injection.

Il faut donc considérer les modifications dans le tissu décrites ci-dessus comme la suite de l'emploi de la lymphe de Koch, puisqu'on doit exclure l'influence d'autres agents d'inflammation (causes nocives extérieures, infection érysipélateuse, etc.).

On ne peut pas savoir, d'après les préparations actuelles qui appartiennent à une période précoce, si cette inflammation amènera ultérieurement la suppuration ou la nécrose anémique, si le résultat final sera l'expulsion du tissu tuberculeux ou une résorption lente de ce même tissu, mais il est permis de supposer d'après les observations cliniques que l'élimination peut aussi bien survenir que la résorption.

Cette malade est encore en observation : on lui a fait deux nouvelles injections avec 10 et 15 milligrammes du liquide de Koch ; dans l'aspect des plaques il est survenu un changement frappant en ce sens que, en plusieurs points, des fragments de tissu de la grosseur d'un grain de chènevis se sont décolorés, sont nécrosés et ont été en partie éliminés. L'auteur a excisé un petit morceau de la plaque ainsi modifiée pour l'étudier au microscope. Il tiendra les lecteurs au courant.

Le prof. Kaposi, dans cette même séance, a annoncé qu'il avait depuis une semaine traité par les injections de Koch 20 malades atteints de lupus et 8 autres malades. Il en parlera plus tard. Aujourd'hui il veut se borner à l'étude des phénomènes de réaction générale et locale.

1° Réaction générale : fièvre et symptômes concomitants. L'apparition de cette réaction générale doit-elle compliquer la nature de la lésion tuberculeuse? Pour des dermatologistes c'est sans importance, car ils formulent directement leur diagnostic. Mais la réponse à cette question est essentielle pour la recherche des foyers morbides internes et chirurgicaux non accessibles.

Or Kaposi a constaté dans des cas (épithéliome chez un médecin sain) chez lesquels, avec une dose moyenne de 0,01 du remède de Koch, il est survenu une réaction générale. Parmi les malades non lupeux qu'il a injectés depuis, 1 cas de syphilide papuleuse en corymbe, 1 cas de lèpre, 1 sarcome du pharynx, 1 lupus érythémateux aigu disséminé ont présenté une réaction générale tout à fait typique ; elle a été surtout prononcée chez le malade atteint de lupus érythémateux, temp. jusqu'à 40°,7, et comme durée elle a dépassé trois jours (dose 0,005), outre des phénomènes graves concomitants.

2° Réaction locale. Il a déjà observé que dans le lupus la réaction locale est en général au plus haut point caractéristique, mais elle peut se produire aussi dans d'autres tissus.

Il a observé sous ce rapport une réaction locale du tissu avec réaction générale dans cinq cas.

a) *Lèpre maculeuse et anesthésique.* Les plaques tout à fait unies et ayant l'aspect de taches pigmentaires sur les joues et le front se sont transfor-

mées en infiltrats brun rouge, durs, semblables à des tumeurs, après la première ainsi qu'après la seconde injection.

b) *Sarcome du pharynx.* Dans ce cas, il survint après deux injections (0,005 et 0,01) un retard dans l'effervescence, une rougeur et une tuméfaction de la tumeur avec sécrétion séreuse; actuellement, après la défervescence, le néoplasme est diminué au point d'être méconnaissable.

c) *Ulcère gommeux syphilitique.* En dehors de toute réaction générale, il s'est produit ici de la rougeur avec tuméfaction du bord et du fond de l'ulcère et une sécrétion séreuse abondante.

d) *Lupus érythémateux* aigu. — Dans ce cas, la rougeur et la tuméfaction locales de toute la face et la suffusion séreuse de l'épiderme ne le cèdent en rien aux cas de lupus vulgaire de la face; et même les efflorescences primaires punctiformes, les plus petites, dans la région du dos et des mains semblèrent se transformer en nodosités et en pustules acnéiformes. Toutefois le lupus érythémateux n'est certainement pas du lupus, mais un processus inflammatoire qui ne mérite qu'occasionnellement le nom de lupus.

e) Chez un homme atteint de *syphilide maculo-papuleuse récente*, on ne constata pas de symptômes généraux, mais une réaction locale au niveau des amygdales, sous forme de rougeur aiguë, de tuméfaction et de sécrétions séreuses.

De plus, d'autres modifications inflammatoires des tissus, tels que : acné folliculaire et eczéma chez des lupeux — avec absence d'érythème toxique — parurent notablement augmentés.

Chez un deuxième malade atteint de *lèpre* tubéreuse, on n'a observé jusqu'à présent, après 0,005 et 0,01, que de faibles réactions générales.

Enfin Kaposi tient à ajouter que chez les malades de son service affectés de lupus, qui, après défervescence complète et deux jours de repos, ont été injectés le 5e jour pour la seconde fois avec la même dose que précédemment, quelques-uns présentaient maintenant des phénomènes généraux intenses et inquiétants, avec réaction locale faible : toux violente, hémoptysie, inconscience, réflexes cutanés et tendineux exagérés, collapsus prolongé, oppression, douleurs gastro-intestinales, vomissements abondants et prolongés, parfois de la peptonurie. Chez tous on constatait, après la défervescence, une grande faiblesse et de l'amaigrissement, de telle sorte que son intention est de ne revenir aux injections qu'après un intervalle de plusieurs jours et après le retour des forces et surtout à individualiser de plus en plus.

L'auteur pense que peut-être ici l'intoxication médicamenteuse s'est accumulée.

Prof. Neumann. — Cet auteur a actuellement en traitement 4 malades atteints de lupus, dont il a déjà été question, 2 avec lupus tuberculeux des joues et du nez, un avec complication de tuberculose pulmonaire, un avec lupus maculeux et tuberculeux des joues, du cou et de l'avant-bras, coexistant avec une syphilis guérie, il reste encore une orchite diffuse et une épididymite tuberculeuse chez un individu qui a eu souvent des hémoptysies; 4, gommes du nez; 5, psoriasis vulgaire; 6, syphilis pustuleuse;

7, un cas avec lèpre tuberculeuse hors de l'hôpital, en tout 9 malades. Une de ces malades était en même temps atteint de lupus et de lichen des scrofuleux.

Dans tous ces cas, les phénoménes généraux et locaux se sont produits d'une manière classique tels que Koch les a décrits. Toutefois il faut spécialement signaler l'action spécifique sur le tissu lupeux lui-même, c'est-à-dire les modifications particulières qui sont survenues sans exception.

Tel est le rebord vésiculeux qui déjà 5 à 6 heures après l'injection limitait les croûtes, lesquelles au bout de peu d'heures devenaient ainsi plus larges. Si on les détache, on peut observer que de ce tissu tuméfié tombe non pas goutte à goutte, mais en réalité jaillit un liquide séreux. Si en outre on observe la production de vésicules qui se fait d'une manière aiguë, au début isolée mais plus tard par confluence sous forme de bulles, si de plus on tient compte de la tuméfaction qui survient comme l'érysipèle dans la cicatrice et dans le voisinage le plus rapproché du tissu lupeux, il aut véritablement admirer l'action spécifique du liquide de Koch sur le tissu lupeux. Toutefois ces phénomènes isolés surviennent aussi sur des parties non lupiques, comme l'auteur l'a observé sur une gomme syphilitique. Seulement ces phénomènes d'irritation ont la même signification que les exanthèmes cutanés que l'on considère comme analogues à l'urticaire rubéolo-scarlatineuse, que l'auteur a observés et à propos desquels il ajoute qu'ils apparaissent aussi sous forme de vésicules se desséchant en croûtes ou sous forme de surfaces humides.

Quoiqu'on ait observé aussi une réaction dans d'autres maladies de la peau, l'intensité et la régularité des symptômes ne se produisent pas au même degré que dans le lupus.

La réapparition de l'inflammation dans une cicatrice est un fait non moins remarquable. La tuméfaction avec sensibilité des ganglions lymphatiques est tout aussi frappante.

N'est-il pas digne d'attention que dans un des cas présentés par l'auteur les parties envahies par la tuberculose, le lupus et la tuberculose du testicule réagissent d'une façon si nette, tandis que la lésion syphilitique demeure indifférente? Des autres cas on ne peut encore rien dire, pas plus que de la valeur thérapeutique de la méthode contre le lupus. Il ne pourra en être question qu'après plusieurs mois. A. Doyon.

Traitement de Koch. — Arning. Mittheilungen über Versuche mit der Koch'schen Injections flussigkeit bei Lepra und Lupus erythematodes. (Communication faite à la Société de médecine de Hambourg, le 2 décembre 1890. *Deutsche medic. Wochenschrift*, 1890, n° 50, p. 1169.)

D'après les résultats publiés jusqu'à présent, la grande importance de la découverte de Koch paraît hors de doute pour le diagnostic différentiel. Elle semble appelée à trancher bon nombre de questions pathologiques encore en discussion. Dès à présent les partisans de la théorie d'après laquelle le lupus ne serait pas nécessairement de nature tuberculeuse, mais

peut aussi provenir de la syphilis héréditaire sont serrés de très près; on doit espérer que, grâce au nouveau réactif, des types classiques encore mal définis, par exemple la syphilis pulmonaire, peut-être même le vaste domaine de la scrofulose, pourront être mieux délimités par rapport à la tuberculose.

L'auteur attachait un intérêt spécial à savoir comment le remède se comporterait vis-à-vis de la véritable sœur de la tuberculose, la *lèpre*, et si ce nouvel auxiliaire du diagnostic différentiel apporterait un peu de lumière au tableau obscur du lupus érythémateux.

A. *Lèpre.*

On sait que dans la période avancée de la lèpre il existe très fréquemment des ulcérations phtisiques dans les poumons et dans l'intestin ainsi qu'une infiltration des viscères et de leurs séreuses par des granulations miliaires. Autrefois — et quelques observateurs compétents défendent encore aujourd'hui cette opinion — on admettait généralement que ces lésions étaient de nature tuberculeuse. Depuis ces dernières années on a de la tendance à les rattacher à la lèpre. La grande ressemblance des bacilles lépreux et des bacilles tuberculeux d'après leur forme et leur colorabilité, d'après leur situation dans le tissu nécrobiosé de granulation et dans des cellules géantes, tels qu'ils se présentent dans cette lèpre viscérale, rend toujours très difficile la solution de cette question. Ce qui tendrait à faire admettre que ce sont des lésions lépreuses, c'est uniquement une différence dans l'aspect macroscopique récent et le fait qu'on n'est pas parvenu à provoquer de la tuberculose en inoculant ces granulations miliaires à des lapins.

En attendant, il paraît difficile de douter que la lèpre puisse se compliquer de tuberculose.

Le remède de Koch paraît appelé à résoudre cette question, si l'on peut démontrer tout d'abord, comme base des recherches ultérieures, que la lèpre ne réagit pas sous son influence, car si on a par exemple un malade atteint de lèpre qui présente les symptômes d'une phtisie pulmonaire, on pourra décider par l'emploi du liquide de Koch s'il s'agit d'une phtisie lépreuse ou tuberculeuse. Dans le premier cas il n'y aura pas de réaction, dans l'autre elle sera caractérisée.

L'auteur a fait ces recherches dans deux cas où, d'après leur aspect extérieur, il s'agissait de deux hommes robustes, en bonne santé, mais qui incontestablement étaient atteints de la forme maculeuse de la lèpre anesthésique. On constatait dans les deux cas une atrophie très prononcée des muscles de la région cubitale et une tuméfaction légère et douloureuse des nerfs cubitaux qui démontraient que la maladie persistait malgré le traitement suivi depuis longtemps. Les malades prenaient régulièrement de fortes doses de salicylate de soude, l'un, depuis un an et demi, chaque jour 6 grammes, l'autre, depuis un an et quart, 5 grammes avec de légères interruptions. L'auteur signale ce fait parce qu'on ne peut pas absolument nier que la médication salicylée n'influence les effets du re-

mède de Koch; toutefois on la cessa deux jours avant de commencer les injections.

Chez l'un des malades, Arning a injecté quatre jours de suite 0,002, 0,004, 0,008, et 0,01, chez l'autre 0,002 et 0,006 du liquide de Koch sans que l'on ait vu apparaître le plus léger trouble dans l'état général, encore moins une élévation de température. Le pouls et la respiration ne furent pas notablement influencés. Pas d'érythèmes cutanés ou des muqueuses, aucun malaise, pas d'action sur la quantité ou la qualité de la sécrétion rénale. Les injections furent faites les unes sous la peau saine, les autres soit au centre soit sur les bords des taches anesthésiques. Même absence de réaction locale et générale.

B. *Lupus érythémateux.*

En essayant la lymphe de Koch sur des malades atteints de lupus érythémateux, l'auteur partait de cette considération que quelques auteurs français, et en première ligne C. Boeck, de Christiania, admettent encore un certain rapport entre cette maladie et la tuberculose. Ce dernier auteur insiste surtout sur ce point que le lupus érythémateux serait l'expression d'une action toxique d'une tuberculose peut-être larvée et peu étendue, mais ne constituerait naturellement pas une tuberculose locale de la peau.

Arning commence par déclarer que les deux malades ont réagi nettement sous l'influence de très faibles doses du remède de Koch, 0,002, l'une par un frisson, une fièvre intense ayant duré plus de deux jours et de l'albuminurie, l'autre par un érythème extrêmement vif et se renouvelant à chaque injection, de la céphalalgie, de l'irritation du larynx et de la faiblesse générale, sans élévation appréciable de température. Cependant, dans les deux cas, il n'y eut pas de réaction locale sensible des parties atteintes de lupus érythémateux.

Cas I. Il concerne une demoiselle de 27 ans. A l'âge de 5 ans, elle eut des eczémas et des suppurations spontanées des ganglions cervicaux, puis il y a quatre ans, la première plaque de lupus érythémateux apparut dans l'angle formé entre le nez et l'œil gauche. En octobre 1887, il se fit en quelques semaines une poussée de 20 à 25 plaques sur la peau de la tête et de la face ainsi que sur la partie supérieure du thorax et les régions scapulaires; ces plaques se transformèrent bientôt en disques typiques et ne sont pas encore guéries malgré un traitement énergique et prolongé. La plus grande partie des plaques du cuir chevelu se recouvrent constamment de croûtes caractéristiques, tandis qu'on est arrivé à guérir les plaques de la face, dont les unes ont laissé des cicatrices, les autres non.

Après la poussée aiguë de la fin de 1887, les ganglions cervicaux devinrent le siège d'une tuméfaction considérable, mais sans suppuration; ils sont toujours perceptibles des deux côtés du cou, mais sous l'influence du remède ils n'augmentèrent pas de volume et ne devinrent pas douloureux. Les cicatrices glandulaires de la région cervicale ne réagirent pas non plus; par contre, une glande sus-claviculaire non remarquée auparavant grossit très rapidement, atteignit la grosseur d'une noisette et pendant trois jours fut très douloureuse, de telle sorte qu'on peut ad-

mettre éventuellement qu'il y avait encore dans cette glande des germes tuberculeux qui déterminèrent la réaction.

Les poumons et le cœur examinés précédemment à plusieurs reprises avaient toujours été trouvés normaux. Ils étaient également sains avant l'injection. Pas d'albumine.

La réaction eut lieu de la façon suivante : le 30 novembre à 11 heures du matin, injection de 0,002. La température se maintint toute l'après-midi dans les limites normales.

Vers 3 heures, il survint des douleurs térébrantes, partant du point de l'injection et rayonnant dans toute la région dorsale et jusque dans les jambes; elles persistèrent toute la soirée et furent si violentes qu'elles empêchèrent le sommeil. A 2 heures et demie du matin, 15 heures et demie après l'injection, frisson, température 39°,4, pouls 121, en même temps douleurs convulsives et lancinantes depuis le dos jusque dans la jambe gauche et la région sus-claviculaire droite, où le ganglion signalé plus haut commença à se tuméfier. La température s'abaissa lentement jusqu'à 38°,5 à 8 heures du matin; elle resta ainsi jusqu'à 4 heures du soir, où elle remonta à 39°,4 pour atteindre à 11 heures du soir, le second jour, 39°,6. Le pouls resta toujours fréquent, oscillant entre 115 et 133. Courts accès de toux sèche à plusieurs reprises. Le soir traces d'albumine. Quantité d'urine, 599 grammes.

Le 3e jour, 2 décembre, température encore un peu fébrile, jusqu'à 38°,2. Le pouls resta élevé et oscilla entre 94 et 120. Le point de l'injection était encore sensible, le ganglion sus-claviculaire toujours douloureux. L'urine émise encore en petite quantité, 670 grammes, contenait beaucoup d'urates et des traces d'albumine.

Dans l'après-midi du 3 décembre, le 3e jour après l'injection, le bien-être subjectif reparut, les douleurs cessèrent, le point injecté resta seul sensible, mais sans tuméfaction ni rougeur. Dans la nuit, les règles parurent en avance de 8 jours; elles avaient toujours été très régulières.

Le matin du 4e jour, plus de fièvre, la malade se trouve bien, sauf un peu de lassitude; le ganglion cervical n'est plus sensible. Le jour suivant l'albumine a aussi disparu, elle est remplacée par des phosphates en abondance.

Cas II. Jeune fille de 21 ans, toujours maladive; elle porte depuis son bas âge, sur le front, une plaque de lupus érythémateux, laquelle s'étend constamment; elle a été améliorée par des cautérisations avec le Paquelin, des scarifications, des pâtes caustiques, le pyrogallol et le baume du Pérou. Chez cette malade pas d'engorgement ganglionnaire, les poumons ne présentaient rien de suspect. Par contre, on se trouvait en présence d'un tempérament très irritable, d'une excitabilité vaso-motrice de la peau très prononcée.

Le 30 *novembre.* — Vers 10 heures et demie du matin injection de 0,002 du remède de Koch. Point injecté très peu douloureux. Vers 2 heures, douleur dans le côté droit du cou et du dos et dans le coude droit (l'injection avait été faite à gauche). Vers 5 heures, température 37°,7, pouls 84 ; sur la base d'extension du coude droit, la peau est d'un rouge érythémateux intense et d'une grande sensibilité, comme si elle s'était écorchée avec une

aiguille. Un peu plus tard survint une toux sèche ; pas de rougeur accusée du pharynx, rien à l'auscultation des poumons. Puis apparition d'un érythème scarlatineux très prononcé qui s'étendait d'une manière diffuse sur la partie inférieure du thorax et supérieure de l'abdomen, plus accusé à droite qu'à gauche. Sur cette rougeur scarlatineuse diffuse se détachaient quelques taches rouge cerise très foncé de la dimension d'une pièce de 50 centimes, irrégulièrement limitées. Les parties latérales du tronc présentèrent des taches analogues. Toute la peau de la face, y compris la plaque du front, de la dimension de la main, était très rouge : aussi la partie malade ressortait-elle moins qu'auparavant. Le soir, à 9 heures et demie, température normale, l'érythème du tronc avait disparu, mais l'éruption au niveau du coude droit persistait encore, et maintenant la peau de la surface d'extension du coude gauche était très rouge et très sensible. État général bon, sauf une grande agitation. Rien d'anormal dans les urines.

1er *décembre.* — On injecte 0,004 à 10 heures et demie du matin. Dans la journée survient de nouveau l'érythème au niveau des coudes et sur la partie antérieure du tronc, cette fois encore plus accusé à droite qu'à gauche. Il n'est pas aussi diffus que la première fois, plus de taches blanches irrégulières, les joues présentent aussi une rougeur plus tachetée. La partie malade du front est peut-être un peu tuméfiée dans les parties centrales, en tout cas la modification est très faible. La toux sèche a aussi reparu ; le pharynx n'est pas très rouge. Langue saburrale. La température maxima, entre 8 et 11 heures du soir, est de 37°,5 ; 80 pulsations. La nuit, la température descend jusqu'à 36°,4 ; le lendemain la température est également au-dessus de la normale, variant de 36°,5 à 37°,1. En même temps, la malade se plaint d'une sensation de froid et de vertige. L'urine, très peu abondante (322 grammes en 24 heures), contient beaucoup d'urates et pas d'albumine.

3 *décembre.* — Ce matin, état satisfaisant ; la plaque du front est lisse, sans beaucoup de squames et de croûtes, pâle, répondant à la pâleur générale. Vers 10 heures et demie, on injecte 0,006. Dans la journée l'érythème reparaît, mais moins prononcé que précédemment. Vers 4 heures, fièvre légère, la plus haute température est de 37°,8. La toux sèche se reproduit. Cordes vocales normales, légère pharyngite diffuse.

4 *décembre.* — Après une nuit agitée, la malade n'avait plus de fièvre et put être renvoyée. Pas d'albumine.

L'auteur ne prétend pas tirer des conclusions trop générales de ces expériences dans la lèpre et le lupus érythémateux ; c'est un simple compte rendu destiné à mettre en relief quelques phénomènes frappants de la réaction.

Dans cette même séance du 2 décembre 1890 de la Société de médecine de Hambourg, le docteur Schede a rapporté les résultats qu'il a obtenus par l'injection de Koch chez quatre malades atteints de lupus.

La réaction a été surtout prononcée chez une jeune fille atteinte depuis 23 ans d'un lupus de la face.

A 10 heures et demie du matin, on fit une injection de 0,01. Vers trois heures et demie, tuméfaction de la joue gauche avec sensation de tension. Une heure plus tard, rougeur et engorgement intenses des parties malades,

toux fréquente. Peu de temps après, frissons, élévation de température, vomissements et troubles graves de l'état général.

Tandis que chez cette malade on constate une rougeur inflammatoire particulièrement intense, dans les cas suivants, les phénomènes de réactions sont plus accusés.

Il s'agit d'un garçon de 8 ans qui, outre des lésions osseuses tuberculeuses multiples, présente un lupus du côté gauche de la face, du pubis et de quelques autres régions du corps. Malgré un traitement local énergique, la maladie jusqu'à présent n'a cessé de progresser. Le 30 novembre à 10 heures du matin, injection de 0,01 de lymphe de Koch. De 2 à 2 heures et demie, frissons répétés, puis élévation de la température jusqu'à 41°,3. Vers 4 heures, tous les points lupeux commencent à se tuméfier, vers 6 heures et demie, érythème du thorax et simultanément commence, sur la région laryngienne, qui dans l'intervalle s'est fortement tuméfiée, à se produire un exsudat séreux qui se transforme en croûtes épaisses. L'état général du malade n'est pas altéré notablement. Le jour suivant la fièvre tombe à 38°, le garçon dort beaucoup, les parties malades s'affaissent peu à peu et sont à présent recouvertes de croûtes jaunes épaisses.

Le troisième cas concerne un malade âgé de 20 ans qui est depuis 6 ans atteint d'un lupus rebelle occupant presque toute la face.

Le 27 *novembre*, à 7 heures du matin, injection de 0,01. Vers midi, élévation de température jusqu'à 39°,8. Vers 3 heures apparition d'un liséré érysipélatiforme d'environ 1 centimètre de largeur autour de toute la partie lupeuse qui est très tuméfiée. A la nuit commence une exsudation modérée. Érythème très accusé sur le tronc. Le jour suivant, état subjectif bon, sauf une somnolence légère. — 2 décembre, nouvelle injection plus forte, mais qui n'a eu pour conséquence que des phénomènes généraux, très faibles et beaucoup moins caractérisés, mais cependant des modifications locales encore actuellement visibles.

La quatrième malade est une fillette de 11 ans, atteinte de lupus des deux joues, du nez et de la lèvre supérieure.

Première injection, le 21 novembre, de 1/10 de milligramme. Malgré cette faible dose, réaction intense, temp. 40°,4; les parties lupeuses sont très rouges, très tuméfiées et on voit apparaître très distinctement des nodosités lupeuses sanguinolentes et succulentes, quelques-unes saillantes, alors qu'on ne les apercevait pas auparavant.

22 *novembre*. — Température normale, plus de gonflement, injection d'un demi-milligramme. Réaction générale et locale faible.

23 *novembre*. — Midi, injection de 0,01. A 5 heures et demie, violent frisson, ayant duré trois quarts d'heures, malade très misérable, malaises. 5 heures trois quarts, début d'une exsudation séreuse sur les parties lupeuses. 6 heures et demie, temp. 40°,3. Vomissements, grande faiblesse. Respiration, 72; pouls très fréquent, faible, à peine perceptible. Injection de camphre. 7 heures et demie, exanthème scarlatiniforme généralisé. Violentes douleurs faciales. Exsudation abondante, au niveau des parties lupeuses.

24 *novembre*. — Après une nuit d'un sommeil tranquille, diminution de la réaction générale et locale, des croûtes commencent à se former. Actuel-

lement la tuméfaction a entièrement disparu, les croûtes se sont peu à peu détachées et à la place des granulations lupiques inégales il existe déjà des cicatrices rouges, récentes et unies.

De plus, chez un homme de 48 ans atteint de tuberculose de la muqueuse buccale, on observe les phénomènes suivants qui sont beaucoup moins frappants :

Il s'agit d'un ulcère de nature tuberculeuse survenu rapidement sur le palais et la muqueuse buccale. Il avait été détruit aussi complètement que possible le 8 novembre par une cautérisation énergique avec le Paquelin.

23 *novembre.* — Injections de 0,01. Élévation passagère de température jusqu'à 38°,7.

25 *novembre.* – 9 heures du matin, injection de 0,015. Le soir, température 39°,7. Frissons, sécheresse de la bouche, toux. Tuméfaction des joues et des lèvres, production de croûtes sur les lèvres.

26 *novembre.* — Plus de réaction.

27 *novembre.* Injection de 0,02. Température, 38,7. Tuméfaction légère des joues et des lèvres.

28 *novembre.* — Euphorie. Chute partielle des croûtes. Malgré la faible réaction, l'ulcère est déjà considérablement diminué en étendue; plus de dépôt; en quelques points, principalement à la périphérie, la cicatrisation est déjà terminée.

Dans la même séance, le Dr Maes a présenté 5 cas de lupus traités depuis le 22 novembre avec le liquide de Koch dans le service du Dr Engel-Reimers, affecté des maladies de la peau de l'hôpital général de Hambourg.

1° Jeune homme atteint depuis 15 ans de lupus de la moitié gauche de la face; cicatrice lupique de 25 centimètres carrés sur la face postérieure de la cuisse droite, avec nodosités lupiques punctiformes, isolées et bord lupique saillant de 1 à 2 millimètres; la cicatrice lupique, de la dimension de la paume de la main, est parsemée de quelques granulations lupiques isolées dans la région inguinale gauche et sur le côté droit de l'abdomen; surface lupique presque de la dimension de la paume de la main dans la région lombaire droite. Injection de 0,01 le 22 novembre.

2° Fille de 35 ans ayant sur la face une cicatrice lupique étendue, semblable à un papillon, en plusieurs points parsemée de petites nodosités lupiques et entourée d'un bord de nodosités lupiques compactes : le cartilage nasal est détruit; ulcère lupique de la lèvre supérieure gagnant la muqueuse buccale; lupus du palais. Injection de 0,01, le 24 novembre.

3° Jeune fille de 20 ans avec cicatrice de la face, unie, belle, en forme de papillon, environ une douzaine de nodosités lupiques à l'extrémité du nez et sur les joues. Injection de 0,01 le 27 novembre.

4° Une femme atteinte depuis 11 ans de destruction de la partie cartilagineuse du nez avec expansion lupique sur la face et en forme de papillon; nodosités lupiques très nombreuses et très confluentes, peu de tissu cicatriciel. Injection de 0,01 le 30 novembre. Cette malade a encore de la fièvre et est en réaction.

5° Une femme affectée de lupus depuis 50 ans chez laquelle toute la face

est le siège d'une cicatrice; en quelques points, nodosités lupiques. Injection de 0,01, il y a 10 heures; actuellement commence la réaction locale et générale.

Dans tous ces cas survinrent les phénomènes observés et décrits par Koch. Maes insiste sur ce fait que chez tous les malades la réaction locale, qui se manifestait cliniquement comme une inflammation aiguë, apparaissait 1/4 à 1 heure plutôt que le frisson et l'élévation de température. Il pense par conséquent qu'il faudrait considérer la fièvre comme une fièvre de résorption. La courbe de température présenta des ascensions brusques et une défervescence en lysis dans l'espace de deux jours et dans les cas les plus graves de quatre jours.

L'élévation de la température et la durée de la période fébrile étaient, pour une même dose du remède, en rapport proportionnel avec l'étendue de la maladie; chez tous, douleurs lancinantes dans les membres, malaises; chez quelques-uns, vomissements; chez quatre malades, érythème, sur quelques points, très intense, scarlatiniforme sur le tronc; jamais d'albumine, durant la période de fièvre; pas de tuméfaction de la rate. Chez le malade le premier traité, fièvre ayant duré quatre jours et réaction locale et générale très prononcée; il survint pendant ces quatre jours une diminution de poids de 1 kilo et demi; chez ce malade, les parties lupiques détruites par le remède sont déjà le siège d'une cicatrice unie.

A propos des recherches de contrôle, le docteur Maes ajoute que :

1° Chez une femme atteinte de pleurésie exsudative aiguë, fébrile, cas dans lequel on pouvait penser à la phtisie, il n'y eut pas de réaction avec 0,01.

2° Une fille publique, atteinte de syphilide secondaire à la période floride et encore non traitée, avec roséole, papules et lésion initiale, ne présenta, avec une injection de 0,01, ni réaction locale, ni réaction générale.

3° Un ouvrier, affecté il y a quelques mois d'accident primitif et de lichen syphilitique typique, ne présenta, après une injection de 0,01, aucune réaction locale ni générale, ce qui prouverait en même temps que l'hypothèse émise par Michelson que le lichen syphilitique est une infection mixte de syphilis et de tuberculose, est fausse.

4° Chez un malade atteint depuis des années de lèpre tubéreuse, on fit, le 27 novembre, une injection de 0,005. Quatre heures après, frisson violent et élévation de température jusqu'à 41°,4, toux, oppression, douleurs lancinantes dans les genoux; au bout de douze heures survint de la diarrhée qui persista deux jours et ne céda qu'à l'opium. Durée de la fièvre, quatre jours. Aucune réaction locale sur les nodosités lépreuses. Il est permis de supposer que chez ce malade il s'agissait d'une affection tuberculeuse coexistant avec la lèpre et jusqu'à présent non reconnue.

(*A suivre.*) A. DOYON.

RADCLIFFE CROCKER. The treatment of lupus by Dr Koch's method (*The Lancet*, 22 novembre 1890, p. 1093).

Le Dr R. Crocker envoie de Berlin quelques notes au sujet de la méthode de Koch. Dans les tuberculoses locales, la première injection se fait

avec un centimètre cube d'une solution au centième. Au bout de 2 heures la température s'élève, et 12 heures après elle atteint 39°. Fréquemment surviennent alors des tremblements fébriles et des vomissements; enfin, au paroxysme de la fièvre qui peut dépasser 40°, les malades sont assoupis. Puis tout rentre peu à peu dans l'ordre, si bien que 24 ou 48 heures après l'inoculation, l'état fébrile disparaît complètement. L'intensité de la fièvre est en rapport direct avec l'intensité de la tuberculose, de sorte que l'absence de réaction indique l'absence et la guérison complète de la tuberculose. A ce propos, il ne semble pas qu'on ait encore obtenu de résultat définitif même pour le lupus qui cependant est de toutes les tuberculoses locales, celle que la lymphe de Koch modifie le plus favorablement. R. Crocker a vu un malade de 24 ans, atteint de lupus, connu pour avoir bénéficié des meilleurs résultats obtenus jusqu'ici. Chez ce malade, après une série d'injections, les lésions lupiques ont paru effacées, mais des inoculations ultérieures, en vue de déterminer le degré de guérison, ont été suivies d'une légère réaction locale et générale, de sorte que ce malade même ne peut être déclaré complètement guéri. Ce n'est qu'à la longue, après de nombreuses expériences, qu'on sera fixé sur la valeur curative réelle du liquide de Koch. En tous cas, les résultats obtenus en si peu de temps sont infiniment supérieurs à ceux que donnent même en plusieurs mois, les procédés actuels de la thérapeutique.

D'après le Dr Cornet, de Berlin, les exanthèmes consécutifs aux injections sont très rares, en proportion de 1 ou 2 p. 100; et même, ils ne se produisent le plus souvent qu'avec une très légère intensité. Une de ces éruptions observées par le Dr Crocker était généralisée, et consistait en une agglomération de très petites papules, rouge pâle, de la grosseur d'une pointe ou d'une tête d'épingle. Irrégulièrement disséminées et discrètes à la face, aux bras et aux avant-bras, ces papules étaient groupées et formaient des placards sur le tronc. De petites pustulettes s'étaient développées entre les épaules. Il n'y avait aucun prurit.

Louis Wickham.

F. Eve. Impressions of the results of Dr Koch's treatment of tuberculosis (*The Lancet*, 29 nov. 1890, p. 1119).

L'auteur rapporte une série d'observations prises à Berlin au lit des malades et qui lui ont paru concluantes. Il cite un cas de guérison d'une coxo-tuberculose au début, chez un enfant de 3 ans, et deux cas d'amélioration considérable, merveilleuse de tuberculoses articulaires et osseuses avancées.

Une femme de 25 ans, atteinte de tuberculose ganglionnaire depuis l'enfance, offrait avant le traitement deux ganglions énormes de la grosseur d'un œuf de poule, situés l'un derrière l'angle de la mâchoire, l'autre dans le triangle sous-maxillaire. La peau à leur niveau était rouge, enflammée, adhérente, douloureuse au toucher. La 1re injection fut faite le 11 octobre, la 2e le 13. Après la 1re injection, la température s'éleva à 41°, la réaction locale fut intense. Le 19 novembre, les plus grosses glandes avaient à peine la dimension d'une noisette; elles étaient mobiles; la peau

avait repris sa coloration normale et perdu son adhérence inflammatoire. Le 20 novembre, on fit une injection d'épreuve ; la température monta à 40°,9, mais il n'y eut aucune réaction locale.

Le Dr Eve a été particulièrement frappé des résultats obtenus sur les tuberculoses de la peau et des muqueuses. Il rapporte des observations dont quelques-unes ont déjà été signalées dans les lettres de R. Crocker analysées dans ce recueil. Notons au milieu des succès relevés par l'auteur, un cas de récidive rapide et intense d'un lupus d'apparence rebelle.

LOUIS WICKHAM.

Tuberculose cutanée. — W. DUBREUILH et B. AUCHÉ. De la tuberculose cutanée primitive par inoculation directe (*Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, septembre 1890, p. 601).

Dubreuilh et Auché rapportent une très importante observation de tuberculose cutanée, dont voici le résumé :

Femme de 23 ans, ayant été pendant un mois au service d'une phthisique qui crachait abondamment dans ses mouchoirs et dont elle lavait le linge, en le frottant sur les doigts de la main droite fléchis, en même temps qu'elle se fatiguait à la veiller. A la fin d'octobre 1888, deux jours après la mort de sa maîtresse, petite tuméfaction avec rougeur et douleur au niveau de l'articulation phalango-phalangienne des deux derniers doigts de la main droite, la nodosité s'ouvre, laisse écouler du pus séreux ; six jours plus tard, douleur dans l'aisselle et début d'une adénopathie qui suppure et donne lieu à un abcès qui s'ouvre au bout de trois semaines ; deux mois après le début des accidents, développement de deux nodosités sur le bord externe de l'avant-bras et au devant de l'épaule, qui atteignent rapidement le volume d'une noisette, s'ouvrent, donnent issue à du pus séreux clair et deviennent l'origine de fistules. Au mois d'avril 1889, on constate sur la face dorsale de l'articulation de la première et de la deuxième phalanges de l'auriculaire droit une surface rouge dont la partie centrale est couverte de squames blanchâtres, dures, épaisses, cornées, irrégulières et comme hérissées : une lésion semblable sur l'articulation homologue de l'annulaire droit ; au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne de l'annulaire, deux petits nodules du volume d'un grain de chènevis, assez durs et mobiles sous la peau ; trois autres nodules analogues échelonnés sur la face dorsale du métacarpe suivant la direction du tendon extenseur de l'annulaire ; un autre nodule du volume d'un pois à la face dorsale du poignet ; sur le bord externe de l'avant-bras, une plaque rouge violacée avec décollement de la peau et orifice fistuleux à son centre ; à sa face antérieure des nodosités disposées sur deux lignes suivant le bord radial et le bord cubital, formées de nodules sous-cutanés du volume d'un grain de blé, mobiles sous la peau ; sur le bord interne du biceps, une tumeur fluctuante du volume d'une amande, adhérente à la peau qui est rouge ; dans l'aisselle, une fistule ganglionnaire ; sur le bord antérieur du deltoïde, une gomme tuberculeuse ulcérée. Le reste de la surface cutanée est sain ; un peu de rudesse du murmure vésiculaire à la partie antérieure du sommet du poumon gauche, et de la matité à la base droite en arrière. On pratique l'ablation au bistouri des deux plaques des doigts, l'excision ou le raclage avec la curette de tous les nodules disséminés de la main, de l'avant-bras et du bras, l'ablation de presque tous les ganglions axillaires.

L'examen histologique montre les lésions des papillomes au niveau des plaques verruqueuses des doigts, sans nodules tuberculeux dans la couche profonde du derme, mais avec amas de cellules épithélioïdes entourant une cellule géante dans sa couche moyenne ; du tissu de granulation et de nombreux tubercules dans un nodule cutané ; des nodules tuberculeux dans les ganglions axillaires ; de rares bacilles tuberculeux dans le pus des abcès froids, dans le produit de raclage des gommes ulcérées dans les ganglions axillaires et plus rares encore sur les coupes du papillome des doigts.

L'inoculation, sous la peau de la région inguinale de deux cobayes, du pus d'une des gommes ramollies de l'avant-bras donne des lésions tuberculeuses réinoculables en série.

Les auteurs font suivre cette observation d'une étude de la tuberculose cutanée par inoculation. Les observations, au nombre de 60 environ, qu'ils ont pu recueillir dans les auteurs, renferment 17 faits de tuberculose consécutive à la circoncision, qui doivent être mis à part. Dans les autres cas, la tuberculose est parfois le résultat d'une infection secondaire à une lésion antérieure de la peau, d'autres fois elle succède à une plaie véritable (coupure par un fragment de crachoir, perforation du lobule de l'oreille) ou à une simple érosion insignifiante qui a passé inaperçue. Parfois le malade est déjà porteur de lésions tuberculeuses, qui sont l'origine d'une auto-inoculation.

Chez l'enfant, la tuberculose inoculée à la suite de la circoncision se traduit par le développement d'un nodule qui s'ulcère, suppure peu, s'entoure de nouveaux nodules; les ganglions inguinaux suppurent, des abcès froids se développent dans cette région et à distance, l'enfant succombe souvent à la méningite tuberculeuse.

Chez l'adulte, la symptomatologie est beaucoup plus variable : parfois il se produit un panaris, plus souvent une lésion ulcéreuse au pourtour de laquelle se développent de nouveaux nodules qui s'ulcèrent à leur tour, d'où production d'ulcérations irrégulières entourées d'une zone érythémateuse ou livide ou de portions verruqueuses; plus souvent encore la lésion tuberculeuse présente sur toute sa surface l'aspect papillomateux ou verruqueux. Au voisinage du foyer d'inoculation, on voit souvent de petits nodules durs, sous-cutanés ou intra-cutanés, de volume variant de celui d'un grain de chènevis à celui d'un pois, formant parfois une sorte de chapelet sur le trajet des lymphatiques ; ces nodules s'ouvrent en présentant l'aspect des gommes scrofuleuses; avec cette lymphangite tuberculeuse, coïncident presque constamment des adénites de même nature. La tuberculose pulmonaire se produit ordinairement lorsque la tuberculose cutanée n'est pas traitée régulièrement; elle peut cependant faire défaut, surtout dans la tuberculose verruqueuse.

Dubreuilh et Auché insistent particulièrement sur la fréquence de l'adénite tuberculeuse dans la tuberculose cutanée primitive et l'opposent à sa rareté extrême dans le lupus : nous ne pouvons, pour notre part, admettre l'exactitude de ce dernier fait. Le travail récent de Leloir sur les lésions du système lymphatique dans le lupus est d'ailleurs en contradiction formelle sur ce point avec l'opinion des auteurs du travail très remarquable dont nous venons de rendre compte.

GEORGES THIBIERGE.

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Typ. Georges Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 27014.



Nicolet del
G. Masson éditeur
Imp. Lemercier & Cie Paris.

NOTES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES NÉVRODERMITES.

DU LICHEN CIRCUMSCRIPTUS DES ANCIENS AUTEURS, OU LICHEN SIMPLEX CHRONIQUE DE M. LE Dr E. VIDAL.

Par MM. **L. Brocq** et **L. Jacquet.**

Depuis les travaux de M. le professeur Hardy en France, et surtout depuis ceux de Hebra en Allemagne, les dermatoses désignées naguère sous le nom générique de *Lichen* ont en quelque sorte disparu du cadre nosologique. Certes quelques-unes d'entre elles ont été à juste titre rattachées à d'autres groupes morbides bien définis ou ont reçu d'autres dénominations consacrées par l'usage. C'est ainsi que le lichen urticatus de Bateman a été rangé dans l'urticaire, le lichen tropicus dans les éruptions sudorales; le lichen pilaris est devenu la kératose pilaire ou xérodermie pilaire. Mais les autres variétés de lichens, telles que le lichen simplex, le lichen circumscriptus, le lichen agrius, etc., que sont-elles devenues? Le lichen agrius et le prurigo mitis et formicans ont formé le type morbide connu à l'heure actuelle sous le nom de Prurigo de Hebra. Quant au lichen simplex et au lichen circumscriptus, ne sachant trop qu'en faire, on s'est décidé, puisqu'il fallait détruire ce groupe, à les considérer comme des eczémas secs.

Dès lors on a pu reconstruire un nouveau type morbide « Lichen » qui ne comprend plus à proprement parler, depuis qu'on en a éliminé le lichen scrofulosorum, que le lichen ruber et ses diverses variétés.

Cette réforme radicale est-elle conforme à la réalité des faits? Est-il possible de faire des anciens lichens non compris dans le prurigo de Hebra de simples variétés d'eczéma? C'est ce que nous allons examiner.

Nous croyons cette étude nécessaire. Déjà notre excellent et très honoré maître, M. le Dr E. Vidal, avait protesté en 1886 contre la conception moderne du groupe Lichen. Sa voix si autorisée n'a nullement été écoutée. Malgré ses efforts au Congrès dermatologique de Paris en 1889, on n'a même pas examiné ce point, bien qu'il fût

le plus important de beaucoup dans la question du lichen. Toute la discussion n'a consisté qu'en des querelles quelque peu byzantines sur le *vrai* lichen ruber acuminatus du vieil Hebra dont en France nous avions déjà entrevu la véritable nature.

Il nous semble donc indispensable d'essayer de préparer les esprits des dermatologistes à une nouvelle évolution, afin que dans un congrès ultérieur la question des anciens lichens ne leur paraisse pas aussi simple, aussi nette, aussi facile à résoudre par la négative qu'ils l'ont cru il y a deux ans. Nous espérons au contraire pouvoir arriver à démontrer que ces affections existent réellement et doivent être comprises comme constituant des formes morbides distinctes, sans que cependant nous méconnaissions qu'il y ait entre elles et les eczémas certains points de contact sur lesquels nous nous expliquerons dans le cours de cet article.

Dans ce qui va suivre, nous ne nous occuperons que de la dermatose à laquelle M. le Dr E. Vidal a donné le nom de *lichen simplex chronique*. Cette affection, comme Cazenave l'avait d'ailleurs merveilleusement pressenti, consiste essentiellement en plaques d'hyperesthésie cutanée sur lesquelles viennent se greffer secondairement, selon un mode pathogénique connu aujourd'hui dans son ensemble, des lésions inflammatoires plus ou moins accentuées. C'est ce que nous essayons d'exprimer et de résumer par le mot *névrodermite*, qui, dans notre esprit, est un terme générique susceptible de s'appliquer à un certain nombre d'autres dermatoses.

Suivant notre habitude en pareil cas, nous exposerons d'abord les faits, puis nous les analyserons : nous tâcherons de les expliquer, d'en comprendre la pathogénie. Nous examinerons ensuite s'ils peuvent rentrer dans un cadre morbide connu ou s'il faut en faire un groupe à part, comme l'a voulu l'ancienne école de Saint-Louis.

Nous terminerons enfin en montrant que cette question a été comprise par les vieux auteurs et nous rechercherons les causes pour lesquelles ces idées, malgré leur justesse, ont été rejetées par les dermatologistes actuels.

EXPOSÉ DES FAITS

OBSERVATIONS PERSONNELLES

N. B. — Dans une question aussi discutée, nous avons tenu à n'appuyer notre argumentation que sur des observations personnelles. Cependant nous avons cru pouvoir relater comme documents les moulages de l'hôpital Saint-Louis, car ils nous paraissent offrir toutes les garanties désirables d'exactitude et de vérité à ceux qui voudront contrôler nos assertions.

Observation I. — *Plaque de lichen simplex chronique du poignet chez une névropathe.*

Le 24 juillet 1890, Mme P..., couturière, âgée de 37 ans, vient à la consultation de l'hôpital Saint-Louis pour une lésion chronique des téguments qui a débuté il y a cinq ou six ans en été. C'est une femme grande, obèse, très impressionnable et très nerveuse.

Elle présente à l'avant-bras droit une grande plaque de 12 centimètres environ de hauteur sur 6 de largeur : cette plaque commence au niveau du pli du poignet et s'élève jusqu'à la partie moyenne de l'avant-bras. On peut y distinguer, avec quelque soin, trois zones concentriques.

La *zone externe* a des bords mal limités : c'est une zone de pigmentation d'un jaune brunâtre, de 1 à 2 centimètres de large, qui s'étend en mourant sans limites précises vers les parties saines, et qui va au contraire en s'accroissant de teinte et d'épaisseur à mesure qu'on s'approche de la zone moyenne. Cette zone externe est nettement constituée par une hypertrophie de la couche papillaire : elle est en effet recouverte de fines saillies extrêmement nombreuses qui lui donnent à la loupe un aspect velvétique : cette hypertrophie papillaire est d'ailleurs assez irrégulière ; elle manque par îlots et semble surtout exister dans l'intervalle des follicules pileux.

La *zone moyenne*, qui fait suite à la précédente en allant de la périphérie au centre de la plaque, présente une teinte rosée : elle est assez irrégulière de largeur et de contours. Elle est essentiellement constituée par des sortes de saillies papuleuses, irrégulières de forme, distinctes les unes des autres, rosées, à sommet légèrement brillant, de telle sorte que quelques-unes d'entre elles rappellent tout à fait la papule du lichen planus. Ces papules sont disséminées sans ordre aucun tout autour de la zone centrale : elles semblent résulter d'un degré de plus dans l'hypertrophie des petites saillies papilliformes de la zone externe. A la partie supérieure de la plaque, ces papules brillantes, isolées, sont assez nombreuses ; la zone moyenne offre en ce point une assez grande largeur : on y voit nettement ces papules se grouper par places et prendre un aspect analogue à celui de la zone interne.

La *zone interne ou centrale* est constituée par un épaississement marqué de la peau qui est indurée, d'un rouge bistre pâle, sillonnée de plis parallèles disposés en deux séries lesquelles se croisent à angle légèrement aigu comme des hachures de dessin, et forment ainsi une sorte de quadrillage en losanges. Le derme est recouvert de squames fines, grisâtres, adhérentes. Çà et là, la teinte de la peau est beaucoup plus vive, sans doute à la suite de grattages, de telle sorte que l'aspect de la plaque centrale est assez inégal : par places on trouve des points d'un rouge vif, par places les téguments sont d'un rouge bistre, ailleurs ils ont une teinte blanchâtre légèrement rosée, ailleurs enfin ils sont recouverts de squames grisâtres ou noirâtres à la suite d'excoriations, vers le pli du poignet se voient quelques productions cornées volumineuses, séparées par des sillons profonds.

La lésion dans son ensemble a toujours été d'une sécheresse absolue ; jamais il n'y a eu le moindre suintement. Au niveau des points excoriés

il semble au premier abord qu'il se produise des vésicules, mais ce n'est là qu'une fausse apparence.

Toutes les parties malades sont le siège d'un prurit pour ainsi dire incessant, mais qui atteint par moments une telle intensité, qu'il devient irrésistible. La malade est forcée de se gratter, et, si quelque obstacle l'en empêche, elle en arrive à de véritables crises nerveuses.

A la base du pouce droit sur la face palmaire, se voit une petite plaque de 2 centimètres et demi environ de diamètre caractérisée par un épaississement marqué de l'épiderme qui est devenu jaunâtre et a pris un aspect corné : il est sillonné de fissures assez profondes, douloureuses ; le derme sous-jacent est d'un rouge rosé. Les limites de cette plaque sont peu précises : au point de vue objectif, c'est une plaque de kératodermie : elle est prurigineuse, et elle est bien évidemment de la même nature que la plaque du poignet.

Nous inspirant des recherches antérieures de l'un de nous (1), nous pratiquons l'occlusion hermétique de la plaque malade par un pansement ouaté rigoureux. Au bout de 12 jours, quoique la malade avoue s'être grattée quand même à plusieurs reprises, la plaque s'est notablement affaissée, les *nodules périphériques ont presque disparu, mais le prurit a persisté,* on dirait même qu'il a augmenté, car la malade déclare qu'elle ne pourrait supporter plus longtemps ce traitement qui l'empêche de se soulager par le grattage.



Dès lors la médication a consisté en arséniate de soude à l'intérieur et en applications successives sur la plaque malade de glycérolé tartrique, d'emplâtre à l'huile de foie de morue, d'emplâtre de Vigo : c'est cette dernière préparation qui nous a paru le plus améliorer les phénomènes subjectifs et les lésions cutanées.

Malheureusement nous avons perdu de vue la malade depuis la fin de septembre et nous n'avons pu la retrouver malgré tous nos efforts.

OBSERVATION II. — *Plaques de lichen simplex chronique du coude, de la cuisse et du creux poplité.*

V... (Jean-Baptiste), âgé de 36 ans, garçon de magasin, vient nous consulter le 6 mars 1890 à l'hôpital Saint-Louis, pour une maladie de peau qui date de 18 mois environ. Au début, l'affection était caractérisée par deux plaques situées l'une à la jambe droite, l'autre à la partie antérieure de l'abdomen : M. le Dr E. Vidal l'améliora avec du glycérolé tartrique. Vers le mois de décembre 1889, M. le Dr Quinquaud racla à la curette tranchante une plaque qui existe encore au creux poplité gauche. Le malade est impressionnable. Il présente en ce moment-ci trois plaques isolées et distinctes.

Vers le coude droit on en trouve une première ovalaire, ayant environ 5 ou 6 centimètres dans son grand diamètre. Les bords sont assez peu nets et se terminent en mourant vers les parties saines, dont ils sont séparés par une zone légèrement brunâtre au niveau de laquelle les papilles du

(1) L. JACQUET, *Sur la pathogénie de la lésion cutanée dans quelques dermatoses vaso-motrices.* (*Annales de dermat. et de syph.*, 1890, p. 487.)

derme semblent être légèrement hypertrophiées. Au niveau même de la plaque les téguments sont manifestement indurés et épaissis : ils ont une teinte d'un rouge bistre un peu pâle, et sont recouverts de fines squames blanches, adhérentes, qu'il est difficile d'enlever par le grattage, et au-dessous desquelles on ne peut arriver à déceler la surface rouge vif lisse et luisante du psoriasis. La surface malade présente une multitude de petits sillons qu'on dirait tracés sur de la cire molle par la pointe d'une aiguille et qui s'entre-croisent à la manière de hachures de dessin pour former des losanges assez irréguliers.

Les zones concentriques sont beaucoup plus nettes et plus marquées au niveau de la deuxième plaque : elle est située à la partie interne et un peu antérieure de la cuisse gauche, et elle figure une sorte de croissant de 4 à 5 centimètres de largeur à la partie qui correspond au sommet du croissant et dont l'arc qui sous-tend les deux extrémités mesure environ 6 à 7 centimètres. En allant de la périphérie au centre, on trouve d'abord tout autour de la plaque proprement dite, celle dont nous venons de donner les dimensions, *une première zone brunâtre*, dont la pigmentation va en décroissant à mesure que l'on s'éloigne de la plaque, pour se confondre insensiblement avec les parties saines. La peau est fort légèrement épaissie à son niveau, surtout dans le voisinage de la plaque : quand on regarde attentivement le derme, on voit qu'il y est comme hérissé de toutes petites saillies villeuses dues à l'hypertrophie des papilles, et qu'il est sillonné de petits plis cutanés assez serrés, situés à environ un millimètre les uns des autres et parallèles, croisés à angle droit par une deuxième série de plis parallèles : ils limitent ainsi de petits espaces carrés assez réguliers. Ces lésions sont, je le répète, surtout marquées au voisinage de la plaque proprement dite; elles vont en diminuant d'intensité à mesure qu'on s'en éloigne pour se confondre insensiblement avec les tissus sains.

La *deuxième zone ou zone moyenne* n'est formée que par les bords mêmes de ce qui semble au premier abord constituer toute la lésion, je veux parler de la plaque proprement dite en croissant. Ces bords sont assez nets vers le bord supérieur concave, peu nettement arrêtés au contraire vers la convexité où l'on trouve toute une série de lésions papuleuses en bordure : elles ont la grosseur d'une petite tête d'épingle, sont aplaties à leur sommet, d'un rose un peu grisâtre, de forme arrondie un peu irrégulière, à contours peu précis; elles font une légère saillie au-dessus des téguments voisins. Elles sont isolées ou agglomérées par deux ou trois : d'un côté elles s'avancent dans la zone pigmentée externe, de l'autre elles se confondent avec la plaque centrale. Cette zone moyenne ou papuleuse semble donc manquer vers le bord supérieur convexe de la lésion.

La *troisième zone ou zone interne*, qui constitue la plaque proprement dite, est caractérisée par un épaississement notable des téguments, qui ont pris une teinte légèrement rosée un peu grisâtre, par une desquamation pityriasique d'un gris brunâtre fort adhérente, par quelques excoriations dues au grattage, par une sécheresse absolue qui a toujours existé, car jamais, au dire du malade, il n'y a eu de suintement; enfin, par un quadrillage des plus nets formé par de petits sillons disposés en deux séries parallèles qui se croisent à angle droit et qui divisent ainsi la surface

malade en petits carrés ou rectangles plus ou moins réguliers, lesquels semblent au premier abord correspondre à des saillies papuleuses.

La troisième plaque est située à la partie supérieure du creux poplité : elle figure un demi-cercle de 8 centimètres de diamètre environ, et dont la convexité est tournée en haut. Son aspect général est le même que celui de la plaque précédente. On y trouve la zone brunâtre pigmentée périphérique, quelques papules distinctes isolées ou groupées vers le bord convexe : la plaque proprement dite elle-même est caractérisée par une infiltration assez marquée des téguments, par une teinte rosée sur les bords, d'un rose violacé au centre, par une desquamation pityriasique très adhérente et par un quadrillage à mailles beaucoup plus larges que celles de la plaque précédente.

Le malade souffre de démangeaisons, surtout le soir et pendant la nuit, mais depuis quelque temps ces symptômes douloureux ont beaucoup diminué d'intensité.

Observation III. — *Plaque de lichen simplex chronique de la cuisse chez une névropathe.*

H..., âgée de 41 ans, couturière, entre le 18 février 1890 au n° 60 de la salle Alibert, hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Dr E. Vidal que l'un de nous remplace.

La malade a des antécédents pathologiques assez importants : sa mère est morte à 63 ans, après avoir enduré de nombreux chagrins et de grandes souffrances physiques : elle était continuellement battue par son mari, le père de la malade actuelle, qui était un alcoolique invétéré, et qui accablait aussi ses enfants de mauvais traitements. *Dès son jeune âge la malade a eu de fréquentes crises nerveuses, et même de véritables attaques d'hystéro-épilepsie.* Depuis quelque temps ses règles n'arrivent que fort difficilement.

L'affection cutanée pour laquelle elle entre à l'hôpital a débuté fort nettement d'après la malade, il y a une dizaine d'années, par des papules fort prurigineuses surtout la nuit, situées à la partie supérieure et interne de la cuisse droite.

On trouve en ce point à l'heure actuelle une assez grande plaque ayant la forme d'un triangle dont le sommet inférieur correspond à l'union du tiers moyen et du tiers supérieur de la cuisse, et dont la base supérieure est située vers le pli inguino-labial. Sur toute la périphérie de la plaque, mais surtout vers son sommet inférieur, on voit d'assez nombreuses papules d'un rouge brunâtre, ayant la largeur de petites lentilles, nacrées et brillantes à leur sommet, faisant une saillie nette sur les parties voisines, et donnant au doigt une sensation marquée de dureté et de relief.

Elles sont d'abord peu nombreuses vers les bords, et semblent être séparées les unes des autres par des intervalles de peau presque normale. A mesure que l'on avance vers le centre de la plaque, on les voit augmenter de nombre, et devenir enfin confluentes pour former une sorte de nappe d'infiltration dont la base est située vers le pli inguino-labial. Cette partie centrale de la plaque a une coloration plus rosée que les parties périphériques : elle fait une saillie notable au-dessus des téguments sains, et est

sillonnée de plis cutanés assez profonds qui la divisent en carrés plus ou moins réguliers de 5 à 6 millimètres de côté. Cette lésion a toujours été d'une sécheresse absolue; jamais il ne s'y est produit le moindre suintement; ce fait est d'autant plus remarquable que la partie supérieure de la plaque occupe le pli inguino-labial et empiète même sur la partie correspondante de la grande lèvre laquelle est recouverte de poils : or c'est la région par excellence où toutes les dermatoses ont de la tendance à suinter. Une autre particularité intéressante due peut-être à la localisation, c'est qu'il n'y a pour ainsi dire pas de squames sur les parties malades. Les démangeaisons sont des plus vives, intolérables, et les grattages incessants.

On traite la malade par l'arséniate de soude à l'intérieur, et par des applications bi-quotidiennes sur la plaque de glycérolé tartrique. Bientôt, en présence de l'état nerveux si accentué du sujet qui est perpétuellement agité, et qui a parfois des crises nerveuses, on est obligé de lui donner du bromure de potassium.

Dès le 4 mars, sous l'influence de cette médication, la plaque de lichen a beaucoup pâli : elle semble s'être dissociée, de telle sorte que sur presque toute son étendue il y a maintenant des papules visibles isolées ou groupées : vers les bords certains éléments papuleux ont disparu en laissant une légère coloration brunâtre des téguments. Les démangeaisons sont beaucoup moins vives, mais persistent encore.

La malade veut sortir le 5 mars : on lui fait faire alors des applications d'emplâtre à l'huile de foie de morue pendant environ deux mois, et elle prend alternativement du bromure, des douches froides et de l'arséniate de soude. Sous l'influence de cette médication la plaque diminue beaucoup; elle disparaît en grande partie en laissant une teinte un peu pigmentée des régions qui ont été atteintes : mais il persiste toujours quelques grosses papules prurigineuses avec un peu d'infiltration de la peau vers la partie centrale. On reprend ensuite le glycérolé tartrique qui a l'avantage de calmer les démangeaisons.

Je revois la malade en novembre : elle est toujours fort nerveuse et fort impressionnable : malgré la continuation du traitement local, elle présente encore quelques lésions papuleuses prurigineuses au niveau du centre de l'ancienne plaque.

Observation IV. — *Plaque de lichen simplex chronique de la cuisse.*

S... (Athanase), âgé de 48 ans, jardinier, entre le 14 février 1890, salle Devergie, n° 27, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le Dr E. Vidal que je remplace.

La famille du malade présente quelques antécédents de nervosisme : sa mère, ses deux frères et sa sœur sont nerveux et impressionnables. Quant à lui, les seules affections qu'il ait jamais eues consistent en quelques accidents strumeux de l'enfance, tels que des blépharites et des conjonctivites, en une éruption de furoncles en 1872 et en une bronchite tenace avec toux spasmodique qui a duré de 1880 à 1883.

C'est en 1880 qu'il s'est aperçu pour la première fois d'une petite plaque fort prurigineuse située à la face interne de la cuisse droite : cette plaque

s'est étendue avec beaucoup de lenteur dans le sens vertical en allant de bas en haut. C'est surtout depuis 3 ou 4 ans qu'elle a pris une réelle importance, et ce serait à partir de cette époque que le malade aurait remarqué l'existence de papules isolées. Jamais les parties atteintes ne se sont recouvertes de croûtes, mais parfois elles auraient suinté.

Lors de son entrée à l'hôpital, le malade présente, à la face interne et supérieure de la cuisse droite et au niveau du pli inguino-scrotal, une large plaque ayant presque la forme d'un demi-cercle à concavité supéro-interne. Sur toute sa partie inférieure et externe, les limites de la plaque sont peu précises; elles sont constituées par des papules d'abord peu nombreuses, isolées, en quelque sorte disséminées au milieu des parties saines dont elles sont nettement distinctes grâce à leur coloration rosée et à leur saillie, puis ces papules deviennent plus abondantes, se réunissent par groupes de deux ou trois, et finissent par se confondre pour former la plaque proprement dite. Elles ont pour la plupart la grosseur de grains de millet; elles font une saillie notable appréciable à l'œil et au toucher : elles ne se produisent pas autour des follicules pileux dont elles semblent être indépendantes. Quelques-unes ont des limites assez nettes et présentent à leur sommet un aspect brillant et nacré, de telle sorte qu'au premier abord elles ressemblent à des éléments de lichen plan.

La plaque centrale qui paraît être le résultat de la confluence des papules que nous venons de décrire est caractérisée par un épaississement et une infiltration marqués du derme : elle présente un aspect chagriné des plus nets et les mailles du quadrillage font par places des saillies assez volumineuses perceptibles au toucher. On ne trouve à sa surface ni croûtes ni desquamation d'aucune sorte : elle n'est le siège d'aucun suintement. Vers sa partie supéro-interne, elle s'arrête brusquement par un bord net vers le scrotum qui est indemne.

Le prurit est modéré pour le moment, et le malade ne se gratte que rarement.

On donne de l'arséniate de soude et on applique matin et soir sur la plaque du glycérolé tartrique.

Le 24 *février*, le malade demande son exeat : la plaque de lichen est très affaissée : elle ne fait pour ainsi dire plus de saillie, et est beaucoup plus souple au toucher.

Le 22 *mars*, on constate que sous l'influence du traitement qui a été continué, l'amélioration a persisté à se faire. Les papules périphériques ont disparu; il ne reste plus qu'un peu d'épaississement de la peau; il n'y a plus de démangeaisons.

Observation V. — *Plaques de lichen simplex chronique à la face interne des cuisses.*

V... (Fanny), âgée de 52 ans, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis le 10 octobre 1889. Comme antécédents morbides, elle n'accuse qu'une bronchite chronique et de l'emphysème avec accès pseudo-asthmatiques, et une sciatique à la jambe droite qe'elle a eue il y a environ deux ans. L'affection cutanée pour laquelle elle vient consulter a débuté il y a environ

quatre ans *par des démangeaisons extrêmement vives qui la réveillaient même pendant la nuit : elle se grattait d'une manière incessante et toujours au même point vers la face interne des cuisses. Peu à peu il s'est formé en ces points des plaques d'un rouge brunâtre avec infiltration des téguments, d'abord très petites, puis de plus en plus étendues.* A l'heure actuelle elle présente au tiers supérieur de la face interne des cuisses des plaques symétriques arrondies, assez régulières de forme, absolument sèches, quoique l'on y remarque quelques fissures, et au niveau desquelles la peau est un peu épaissie et d'un rouge vif. A la périphérie on remarque quelques saillies papuleuses isolées; les plaques proprement dites sont sillonnées d'un quadrillage assez régulier, limitant des sortes de losanges. La plaque de la cuisse gauche est la plus ancienne et la plus grande; elle a une forme arrondie presque régulière, et a de 7 à 8 centimètres de diamètre. Celle de la cuisse droite ne date que de deux ou trois ans; elle est moins étendue et plus irrégulière de forme : *elle disparaîtrait parfois pendant quelque temps d'après la malade, mais les démangeaisons persisteraient toujours et bientôt sous l'influence des grattages elle verrait se reproduire la lésion cutanée.* Les urines sont normales.

On donne à la malade de l'arsenic et l'on fait appliquer sur les plaques de l'emplâtre à l'huile de foie de morue.

Sous l'influence de cette médication, dès le 17 octobre, les plaques s'affaissent, pâlissent et tendent à disparaître.

Le 24 *octobre*, on constate encore de l'amélioration; pour achever la guérison, on remplace l'emplâtre à l'huile de foie de morue par de l'emplâtre de Vigo.

Observation VI. — *Plaques de lichen simplex chronique du cou et des aisselles.*

M... (Juliette), âgée de 28 ans, cartonnière, vient le 15 juillet 1889 à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Elle présente depuis 4 ans 1/2 vers la nuque, à la partie postérieure et exactement médiane du cou, une plaque allongée de 8 centimètres environ dans le sens transversal, de 5 ou 6 centimètres dans le sens vertical. Cette plaque est essentiellement constituée par de petites papules sèches, d'un rouge pâle un peu jaunâtre, assez irrégulières de forme, mais plutôt arrondies; elles font une légère saillie perceptible à la vue et au toucher : quelques-unes portent à leur sommet une petite squame, d'autres une mince croûtelle consécutive à une excoriation. Moins nombreuses vers les bords, elles sont pressées les unes à côté des autres vers le centre de la plaque; elles semblent y être séparées les unes des autres par des sillons parallèles qui se coupent à angle droit de façon à constituer un quadrillage losangique. Ces papules sont indépendantes du duvet que l'on voit fort nettement en certains points naître des sillons et non du centre des papules. La lésion a toujours été d'une sécheresse absolue; elle est le siège d'un prurit incessant.

La malade porte deux autres plaques analogues aux deux aisselles.

Observation VII. — *Lichen simplex chronique du podex.*

D... (Victor), âgé de 69 ans, avocat, entre le 20 avril 1881 au pavillon Gabrielle, n° 3, dans le service de M. le Dr E. Vidal. Comme antécédents héréditaires intéressants, il faut noter qu'un des frères du malade est mort d'une affection de la moelle épinière. Quant à lui, il a de l'emphysème, est sujet à tousser fréquemment et est facilement oppressé lorsqu'il se fatigue un peu. Il a été toujours prédisposé aux furoncles, mais surtout depuis 3 ans : on n'a pas noté chez lui de diabète sucré.

L'affection cutanée dont il est atteint a débuté il y a 6 ans environ par des démangeaisons très vives du côté de l'anus. Elles s'exaspèrent pendant la nuit. On trouve vers la rainure interfessière, autour de l'anus, une plaque rouge livide au niveau de laquelle les téguments sont épaissis, indurés, sillonnés de plis qui se croisent à angle droit de façon à limiter de petits espaces simulant des papules : ces papules sont vraiment distinctes et visibles à la périphérie de la plaque. Cette lésion est parfaitement sèche, jamais elle n'a suinté comme de l'eczéma : toutefois sa surface est un peu humide vers l'orifice rectal.

Vers la face interne et supérieure des cuisses on trouve deux autres plaques symétriques, assez bien limitées, d'un rouge livide, constituées par la réunion de papules aplaties, sèches, et présentant de l'épaississement de la peau et un aspect quadrillé analogue à celui de la plaque périanale.

Observation VIII. — *Prurit vulvaire et périanal chez une névropathe. Formation de plaques de lichen simplex chronique.*

Mme X..., âgée de 35 ans environ, est atteinte depuis deux ans déjà de démangeaisons intolérables à l'anus et vers les parties. Le prurit est tellement intense qu'il donne lieu à de véritables crises nerveuses. La malade est une névropathe ; elle est très impressionnable, a des sensations fréquentes de boule hystérique, de l'hémianesthésie gauche, et des attaques de nerfs. Elle a eu une métrite pour laquelle son médecin lui a donné des soins ; elle n'a rien dans ses urines.

Elle présente à la marge de l'anus des deux côtés, au périnée et sur la face externe des grandes lèvres dans leur partie postérieure des lésions caractérisées par de l'épaississement de la peau, qui est rugueuse, d'un rouge brunâtre clair, indurée, quadrillée par des plis parallèles qui limitent des sortes de losanges. Les bords de ces plaques sont peu nets ; elles se confondent insensiblement avec les parties saines, et sur leurs limites on distingue des sortes de saillies papuleuses. Les plaques n'ont jamais suinté spontanément ; mais elles sont souvent excoriées par la malade et portent alors des traces de grattage.

D'accord avec le médecin habituel, nous instituâmes un traitement général par les valérianates et les polybromures, et nous prescrivîmes au point de vue local des lotions de sublimé, des pommades menthées et cocaïnées, en dernier lieu des cautérisations au nitrate d'argent.

Je n'ai revu cette malade qu'une autre fois ; sous l'influence du régime

et de la médication locale, la lésion cutanée avait à peu près entièrement disparu ainsi que les démangeaisons ; mais l'état névropathique général était presque aussi mauvais.

DOCUMENTS TROUVÉS AU MUSÉE DE L'HÔPITAL SAINT-LOUIS

Le musée de l'hôpital Saint-Louis, malgré sa richesse, ne renferme qu'une seule pièce qui puisse être considérée comme un type de lichen simplex chronique : c'est le n° 1452. Le n° 956 est une déviation du type normal et ne peut être pris pour base d'une description de la maladie.

Pièce n° 1452. — *Lichen.* — (Service de M. le Dr Tenneson. Pièce moulée le 3 juin 1889.)

(Voici d'abord la note textuelle qu'a bien voulu nous remettre sur ce malade M. le Dr Tenneson auquel nous adressons tous nos plus vifs remercîments.)

Observation IX. — G... (Joseph), âgé de 33 ans, cordonnier, s'est présenté à notre consultation externe en mai 1889 : il n'a pas voulu entrer à l'hôpital, mais il est venu plusieurs fois dans notre service où nous avons pu l'examiner attentivement.

Antécédents. — Gourmes et abcès ganglionnaires dans l'enfance. Santé excellente au début de l'affection cutanée : hygiène relativement bonne : pas d'irritation artificielle de la peau ; pas de médication interne.

Évolution. — Début de l'affection cutanée il y a dix ans par la partie supérieure interne de la cuisse droite. Deux ans plus tard envahissement progressif des régions actuellement atteintes.

Topographie. — *Cuisse droite*, partie supérieure interne : une plaque de lichen grande comme la paume de la main.

Epine iliaque antérieure et supérieure droite : une petite plaque grande comme une pièce de cinq francs.

Cuisse gauche, partie supérieure interne : une plaque plus petite que celle du côté droit.

Grand trochanter gauche : petite plaque.

Creux poplité gauche : plaque récente occupant toute la région (voir le moulage).

Avant-bras gauche : une plaque plus récente encore que celle du creux poplité.

Au niveau de la ceinture du côté gauche : le lichen occupe une bande large de 5 à 6 centimètres qui, partant de la crête iliaque, s'étend parallèlement à l'arcade crurale jusqu'au voisinage de la ligne médiane (voir le moulage).

Caractères des plaques. — Contour irrégulier, mal limité. Hyperpigmentation. Les plaques les plus anciennes sont brunes ou jaune fauve ; les plus récentes sont rosées, hyperémiques.

Exagération des plis de la peau. — Épaississement du derme d'autant

plus marqué que la lésion est plus ancienne. En certains points les plaques sont recouvertes d'une légère desquamation furfuracée. Ailleurs elles présentent quelques croûtelles sanguines, dues au grattage, semblables à celles du prurigo.

Prurit, surtout la nuit, surtout aux cuisses, où existent des lésions de grattage sur les placards et autour d'eux.

A aucun moment il n'y a eu de suintement, de desquamation lamelleuse, de croûtes.

La plaque en bande de la ceinture présente à sa partie interne des caractères remarquables qui n'existent pas ailleurs. Sur un fond brun, pigmenté, se dessinent des papules saillantes, planes, lenticulaires, tantôt pâles, tantôt rosées, rapprochées les unes des autres, mais bien distinctes, disposées suivant des lignes parallèles, sans ombilic central, sans quadrillage, à surface lisse, non desquamante. Vers la partie externe de la bande, ces papules se fondent insensiblement dans la plaque dont les caractères ont été ci-dessus indiqués.

Au commencement de juin nous avons perdu de vue ce malade qui avait été amélioré par l'emplâtre à l'huile de foie de morue phéniquée.

Provisoirement nous intitulons ce fait : *Lichen* tout court, Lichen sans qualificatif, ne voulant rien préjuger sur la question intéressante et difficile qu'il soulève.

Signé : TENNESON.

Description de la pièce du musée.

Cette pièce magnifique, magistralement exécutée par M. Baretta, est composée de deux moulages, l'un représente le creux poplité, l'autre la hanche gauche vers la crête iliaque. (Voir plus haut la note de M. Tenneson.)

1° *Creux poplité.* — La pièce représente une plaque de 14 centimètres de long suivant son grand axe vertical, de 6 à 7 centimètres de large suivant son petit axe transversal. Elle est constituée :

A. — *Par une première zone externe* diffuse, à bords peu nets, se confondant en dehors peu à peu avec les parties saines, pigmentées, d'une coloration qui varie du brun clair au café au lait clair, par conséquent assez irrégulière comme teinte : il y a même par places des points situés dans cette zone dont la coloration est presque blanchâtre. Elle est sillonnée d'un quadrillage assez visible, surtout à mesure qu'on se rapproche du centre de la plaque, mais dont les mailles sont petites et serrées. A sa surface se voit une desquamation fine, grisâtre, un peu blanchâtre. La largeur vers le haut et vers le bas de la plaque est de 3 à 4 centimètres ; sur les parties latérales elle est de 12 centimètres environ.

B. — *Par une zone interne ou médiane* d'une coloration rosée un peu blanchâtre, au niveau de laquelle les téguments sont manifestement épaissis, ont une surface assez inégale, et présentent de nom-

breux sillons linéaires qu'on dirait avoir été tracés avec la pointe d'une épingle sur de la cire molle, les uns verticaux, les autres transversaux, mais pas très réguliers, et qui forment par suite un quadrillage d'une assez grande irrégularité. Çà et là se voient sur ce fond rosé et épaissi des saillies papuleuses mal délimitées, saillantes à la vue et au toucher : il y en a 5 ou 6 qui sont plus volumineuses, en quelque sorte turgescentes, un peu plus colorées en rouge que les téguments voisins ; elles sont excoriées et portent à leur sommet une croûtelle sanguinolente. Les dimensions de cette zone interne sont d'environ 8 centimètres de long sur 3 centimètres à 3 centimètres et demi de large. Ses bords sont mal définis.

C. — En effet, entre la zone interne et la zone externe il existe une *troisième zone, moyenne ou de transition;* on la soupçonne plutôt qu'on ne la constate d'une manière nette et précise. Elle est néanmoins caractérisée, à ce qu'il nous semble : 1° par un épaississement plus considérable de la peau qui par places, surtout vers la partie moyenne de la plaque, est plus rugueuse, plus inégale, irrégulièrement papuleuse; 2° par une coloration brunâtre ou mieux café au lait assez foncée qui la distingue des deux zones voisines et qui semble jusqu'à un certain point être une combinaison de la rougeur de la plaque centrale et de la teinte café au lait de la zone périphérique; 3° par de fines squames grisâtres qui la recouvrent; 4° enfin par trois grosses papules excoriées qu'on y remarque. Cette zone intermédiaire n'est en somme que la transition entre les deux zones externe et interne; elle n'a pas de limites précises, et se confond insensiblement avec les deux zones entre lesquelles elle sert de trait d'union; elle est des plus irrégulières de contour et d'étendue.

2° *Hanche gauche.* — Les lésions y sont constituées : A, par une petite plaque située au-dessous et en dehors de la crête iliaque; B, par une grande plaque presque parallèle à cette crête.

A. — La petite plaque a environ 7 centimètres de diamètre transversal, 6 centimètres de diamètre vertical : elle a une forme presque régulièrement ovalaire. Vers sa partie postérieure sa teinte est brunâtre et même noirâtre, vers sa partie antérieure cette teinte brune est modifiée par une coloration d'un rouge rosé. Elle est sillonnée en ce dernier point de deux séries de plis se coupant à angle aigu de façon à former un quadrillage losangique irrégulier. Elle est recouverte de fines squames grisâtres sur presque toute son étendue, sauf vers la partie antérieure qui a une teinte rosée.

On y trouve aussi disséminées çà et là quelques grosses papules excoriées. A la périphérie de cette plaque on trouve surtout en avant et en bas vers la partie rosée une zone externe pigmentée café au lait, sans limites précises, mais ayant environ quelques millimètres de large.

B. — La grande plaque a une forme ovalaire fort allongée : son grand axe a environ 20 centimètres, son petit axe 8. Elle est oblique de haut en bas, d'arrière en avant, et presque parallèle d'abord à la crête iliaque, puis au pli inguino-crural.

Tout autour d'elle on remarque une teinte rosée périphérique diffuse, qui est surtout marquée vers sa partie inférieure et sa partie moyenne et supérieure. En dedans de cette zone rosée se voit une zone brunâtre ou mieux café au lait présentant évidemment de l'épaississement de la peau, des papules excoriées et de fines squames d'un blanc grisâtre. Vers la partie supérieure de la plaque il semble qu'en dedans de cette zone pigmentée les tissus atteints aient par places une coloration un peu moins foncée. Cette coloration s'exagère au contraire à mesure que l'on approche des parties moyennes de la plaque : à la jonction du tiers moyen avec le tiers inférieur, la teinte devient nettement brunâtre, noirâtre même par endroits.

Quant au tiers inférieur, il a un aspect tout à fait spécial qu'il convient d'étudier avec soin. Sur le fond café au lait foncé que nous avons indiqué, on voit de grands sillons transversaux un peu obliques de bas en haut, d'avant en arrière, assez profonds, au nombre de trois principaux. Entre ces sillons sont diversement groupées des sortes de papules volumineuses, un peu ovalaires, à grand axe transversal, ayant environ les dimensions d'une grosse lentille, à limites assez précises, faisant une saillie de 1 millimètre à 1 millimètre et demi au-dessus du reste des téguments, lisses, sans squames, ou avec de fines squames grisâtres, arrondies en dôme, ayant une teinte rosée, blanchâtre, café au lait, mais d'une façon générale moins foncée que les tissus intermédiaires qui sont d'un brun rose un peu clair. Elles sont disposées en quatre groupes; le premier, supérieur, composé en haut d'une papule isolée, et de trois papules volumineuses rangées en une série linéaire parallèle au sillon supérieur; le deuxième, compris entre le sillon supérieur et le sillon moyen, composé de 5 à 6 papules de grosseur moyenne en rangée linéaire ; le troisième, plus important, compris entre le sillon moyen et le sillon inférieur, et composé d'une dizaine de papules de grosseurs variables assez irrégulièrement disposées, quoique dans leur ensemble elles forment également une rangée linéaire oblique de bas en haut et d'avant en arrière; le quatrième enfin, aussi important que le précédent, situé au-dessous du sillon inférieur, et constitué par deux séries de grosses papules, l'une inférieure composée de cinq grosses papules en rangée horizontale le long du bord inférieur de la plaque, l'autre supérieure composée de 4 à 5 grosses papules rangées le long et au-dessous du sillon inférieur.

ANALYSE ET ÉTUDE DES FAITS PRÉCÉDENTS

Malgré quelques différences de détails, les observations qui précèdent présentent un tel air de famille qu'on n'hésite pas un seul instant à les ranger dans le même cadre. Dans toutes, il s'agit d'une affection éminemment prurigineuse, circonscrite, donnant lieu à la formation de plaques limitées, d'une sécheresse constante et absolue, caractérisées par de l'épaississement et de l'infiltration de la peau, une grande fixité et une évolution chronique.

Ceci posé, nous abordons l'étude détaillée des faits.

ANALYSE DES FAITS

Étiologie. — Sur nos neuf malades on trouve quatre hommes et cinq femmes. L'affection dont nous parlons semble donc atteindre les deux sexes avec une fréquence à peu près égale; cependant, d'après d'autres notes qui nous sont personnelles, mais qui ne nous ont pas paru avoir assez de précision pour être publiées, nous croirions assez volontiers qu'elle serait un peu plus fréquente chez les femmes.

L'âge qu'avaient nos malades au moment où ils ont été atteints est variable; le voici exactement : 32, 34, 31, 38, 48, 24, 63, 33, 23. L'affection semble donc être avant tout une maladie d'adultes : nos autres documents nous portent également à penser qu'elle atteint son maximum de fréquence pendant la période la plus active de l'existence, de 20 à 50 ans.

Les antécédents héréditaires que l'on trouve notés dans nos observations ne sont pas très détaillés; mais, d'après ce que nous avons vu, nous croyons pouvoir dire que, chez les ascendants des malades, on retrouve surtout les trois grandes catégories d'affections suivantes : l'*arthritisme*, l'*alcoolisme*, le *nervosisme*.

Comme antécédents personnels, on a noté des bronchites chroniques, de l'emphysème, des accès pseudo-asthmatiques, des douleurs rhumatismales, des sciatiques, des poussées prolongées de furoncles, de la leucorrhée, des hémorrhoïdes, etc. Nous avons plusieurs fois observé le diabète chez les sujets atteints de lichen simplex chronique. Mais ce qui semble surtout dominer chez eux, c'est un état *marqué de nervosisme :* tantôt il s'agit d'une simple impressionnabilité plus vive que celle de la grande majorité des personnes; tantôt c'est de la tendance très prononcée à entrer en des colères furieuses pour les motifs les plus futiles et même sans motif, tantôt c'est une prédisposition à pleurer pour la moindre cause, à avoir des idées noires, tantôt enfin c'est une véritable névrose bien caractérisée par des crises

nerveuses, des sensations de boule hystérique, de l'hémianesthésie, des attaques d'hystéro-épilepsie, etc.

On a même assez souvent noté une alternance des plus curieuses entre les divers symptômes généraux présentés par le malade et la lésion cutanée. On en trouve plus loin un exemple typique dans notre observation X.

Il semble que les professions sédentaires prédisposent à cette affection; parmi nos malades nous trouvons en effet plusieurs couturières, une cartonnière, une liquoriste, un cordonnier et un avocat. Ceci cadre bien avec les données précédentes, je veux dire avec l'influence que semble avoir le nervosisme dans la genèse de cette dermatose.

Fréquence. — Le lichen simplex chronique est une affection relativement fréquente, du moins en France. En quelques mois, pendant que l'un de nous remplaçait à l'hôpital Saint-Louis notre excellent et très honoré maître M. le Dr E. Vidal, il a pu en observer une dizaine de cas dans ce seul service. La fréquence de plus en plus grande des maladies nerveuses nous fait croire que cette dermatose ne pourra avoir que de la tendance à devenir encore plus commune. Son étude est donc d'une extrême importance.

SYMPTÔMES

Mode de début. — Quand on s'en rapporte exclusivement aux dires des malades, il est assez difficile de savoir comment l'affection a débuté. Le plus souvent ils ne savent que répondre quand on les interroge à cet égard, et cela se conçoit, puisque le plus souvent ils sont atteints depuis plusieurs années. Nous trouvons cependant le mode de début signalé dans nos observations III, IV, V et VII. Dans l'observation III elle aurait débuté par des papules prurigineuses, dans l'observation IV par une petite plaque prurigineuse, mais dans les observations V et VII, il est expressément noté que *l'affection a débuté exclusivement par du prurit seul sans lésion cutanée antérieure;* le prurit fut suivi de grattages, après quoi parut l'éruption. Ces documents ont, comme on le verra un peu plus loin, une importance majeure pour la conception de la vraie nature du lichen simplex chronique.

Siège.— Les points atteints sont des plus variables suivant les sujets: un même malade peut avoir une (obs. I) ou plusieurs plaques (sept, obs. Tenneson). Voici les régions qui ont été prises dans nos neuf cas: la paume de la main droite (1 fois), l'avant-bras droit (1 fois), l'avant-bras gauche (1 fois), le coude droit (1 fois), les aisselles (1 fois), la nuque (2 fois), la partie latérale de l'abdomen vers l'épine iliaque antérieure et supérieure droite (1 fois) et gauche (1 fois), le grand trochanter gauche

(1 fois), l'anus, la rainure interfessière et les organes génitaux (2 fois), la partie interne et supérieure de la cuisse gauche (3 fois), la partie interne et supérieure de la cuisse droite (4 fois), le creux poplité (2 fois).

On peut en conclure que les régions les plus atteintes sont, par ordre de fréquence, les parties supérieure et interne des cuisses, l'anus, la rainure interfessière et les organes génitaux, le creux poplité, la nuque, l'avant-bras, les aisselles, la partie latérale de l'abdomen vers la crête iliaque, la paume des mains et sans doute la plante des pieds : M. le Dr E. Vidal y ajoute la région lombaire.

Forme et dimensions des plaques. — Les plaques de l'affection que nous étudions peuvent avoir toutes les formes et toutes les dimensions. Cependant, dans la grande majorité des cas, elles sont plus ou moins régulièrement ovalaires : le grand axe de l'ovale est d'ordinaire disposé suivant le trajet des nerfs de la région atteinte.

Néanmoins nous en avons observé qui figuraient des croissants, des demi-cercles, des triangles.

Ainsi que nous venons de le dire, leurs dimensions sont des plus variables ; d'une manière générale, on peut dire qu'elles sont d'autant plus étendues qu'elles sont plus anciennes ; mais cette règle souffre de nombreuses exceptions. Leur grand axe varie de 5 à 15 centimètres comme dimensions moyennes.

Description de l'aspect des plaques.

L'aspect des plaques diffère un peu suivant les sujets. Le type le plus complet de ces lésions nous semble donné par les observations I, II et par le moulage du creux poplité de la pièce de M. le Dr Tenneson. Nous allons décrire ce type dans tous ses détails, puis nous dirons en quoi il peut être modifié.

La *plaque typique* ou pour mieux dire *complète* du lichen simplex chronique est constituée par trois zones concentriques principales, qui sont en allant de dehors en dedans : 1° *une zone externe pigmentée ou zone d'hypertrophie papillaire commençante*, 2° *une zone moyenne papuleuse ou zone de transition*, 3° *une zone interne ou d'infiltration.*

1° *Zone externe pigmentée.* — Dans les documents que nous possédons, cette zone n'a été notée que chez trois malades sur neuf. Mais nous avouons que notre attention n'a été attirée sur elle que tout récemment, lorsque nous avons eu étudié la malade de l'observation I. Aussi croyons-nous qu'on devra désormais la rechercher avec le plus grand soin.

Cette zone forme une sorte de ceinture irrégulière et de largeur variable (de quelques millimètres à deux ou trois centimètres) autour de la plaque. Elle peut manquer sur un des points du contour de la

plaque (obs. I), et dans ce cas c'est d'ordinaire à l'endroit où cette plaque ne s'étend pas qu'elle fait défaut.

Son bord externe est peu net; le plus souvent mal arrêté; c'est assez dire qu'il se fond en mourant avec les parties saines. Le bord interne également fort irrégulier et mal défini se confond insensiblement soit avec la zone moyenne, soit avec la zone interne quand la zone moyenne fait défaut.

La coloration de cette zone externe augmente presque toujours d'intensité à mesure que l'on approche de la zone moyenne : elle varie du café au lait clair au brun clair ou au jaune brunâtre. Elle n'est pas d'ailleurs uniforme : sur une même plaque et à une même distance donnée de la zone moyenne, on peut y trouver par places des sortes d'îlots moins foncés presque blanchâtres.

En la regardant de très près, on voit que les plis de la peau sont exagérés à son niveau, de telle sorte qu'elle présente deux séries de sillons parallèles qui se croisent, à angle droit ou à angle aigu suivant les régions, de façon à former un fin quadrillage serré dont les mailles ont environ un millimètre de côté.

Une attention soutenue permet, de plus, de reconnaître que les téguments dans toute cette zone sont hérissés d'une multitude de petites saillies papillaires, donnant à la région un aspect velvétique et n'ayant aucune relation avec les follicules pileux : elles semblent en effet atteindre leur maximum de développement dans l'intervalle des poils de duvet.

Le derme est fort légèrement épaissi à ce niveau : l'infiltration n'est pour ainsi dire pas perceptible quand on saisit les téguments entre le pouce et l'index.

Dans certains cas (voir le moulage du musée de l'hôpital Saint-Louis), on voit à sa surface une fine desquamation d'un blanc grisâtre, fort adhérente, qui devient surtout perceptible lorsque le malade se gratte.

Dans le moulage du musée de l'hôpital Saint-Louis qui représente la hanche gauche, la plaque est entourée en certains points d'une teinte rosée diffuse érythémateuse.

2° *Zone moyenne papuleuse.* — D'après plusieurs de nos documents (mais nous avons fait plus haut nos réserves sur ce point), et d'après la plupart des auteurs qui se sont occupés de cette question, cette zone serait souvent en réalité la zone externe et les lésions qu'elle présente seraient les lésions primitives de l'affection. Par contre, en certains points des plaques des observations I et II et du moulage de l'hôpital Saint-Louis, cette zone fait pour ainsi dire défaut, et on l'y soupçonne plutôt qu'on ne l'y distingue nettement. Elle n'y est en effet caractérisée que par un épaississement plus considérable des tissus dont la surface est rugueuse, irrégulière, inégale, par une colo-

ration brunâtre ou mieux café au lait plus foncé que celle de la zone externe, par quelques grosses saillies papuleuses, mal délimitées, excoriées et par de fines squames grisâtres adhérentes.

Lorsqu'elle existe réellement et qu'elle est nette, elle est essentiellement caractérisée par la présence d'un élément fort important qui ressemble à une papule.

La *papule* de l'affection qui nous occupe est une sorte de saillie irrégulière de forme et de contour, d'ordinaire assez mal circonscrite, n'ayant pas par exemple les limites linéaires et précises de la papule du lichen plan. Son volume varie de celui d'une petite tête d'épingle ou d'un grain de millet à celui d'une petite lentille : parfois on en trouve de très volumineuses, qui sont rouges, turgescentes, excoriées et recouvertes d'une croûte brunâtre à leur sommet.

La coloration ordinaire de la papule est d'un rose pâle un peu grisâtre ou jaunâtre : cependant cette teinte peut se foncer dans certains cas et atteindre le rouge brunâtre, plus rarement le rouge vif.

Le sommet de la papule est dans beaucoup de cas aplati, lisse, et comme nacré ; il brille lorsque l'on fait varier les incidences de lumière, de telle sorte qu'on pourrait alors la confondre avec un élément initial de lichen planus, mais elle n'en a ni la coloration spéciale ni surtout les contours précis, particularité des plus importantes que nous avons déjà signalée plus haut. Parfois au contraire le sommet de la papule est arrondi ; parfois, au lieu d'être lisse et brillant, il est recouvert de fines squames adhérentes grisâtres ou d'un gris blanchâtre ; parfois enfin il présente une croûtelle sanguinolente, indice d'une excoriation consécutive au grattage.

Ces élevures papuleuses se dressent au-dessus du niveau des téguments voisins et leur saillie est nettement perceptible à la vue et au toucher.

Elles semblent être un degré de plus dans l'hypertrophie papillaire que nous avons signalée en étudiant la zone externe. Nous avons pu, en en examinant quelques-unes avec le plus grand soin, distinguer une sorte d'état villeux à leur surface. Comme les petites saillies papillaires de la zone externe, elles ne sont pas en relation directe avec les follicules pileux, et l'on voit les poils de duvet naître des intervalles qui les séparent.

A l'exception de notre observation I qui offre réellement le type complet de l'affection, il semble que les papules isolées manquent lorsqu'il y a une zone externe pigmentée autour de la plaque d'infiltration centrale. Dans la plupart des cas où les papules ont été notées, elles constituent en réalité la zone externe. Cette zone papuleuse ne règne pas d'une manière constante sur toute la périphérie de la zone d'infiltration ; tout comme la zone pigmentée, elle peut manquer par places ; et de même que cette zone pigmentée, elle fait d'ordinaire

défaut au niveau des points qui ne subissent plus de processus extensif.

Aussi cette zone est-elle fort irrégulière de forme et d'étendue. Elle n'a pour ainsi dire pas de bord externe : il est formé par quelques papules de petites dimensions presque toujours isolées, çà et là disséminées sans ordre dans la peau saine ou dans la zone hyperchromique. A mesure que l'on approche du centre on voit les papules devenir plus nombreuses, se réunir par deux ou trois, puis former des groupes plus importants, enfin se confondre peu à peu en une sorte de nappe qui constitue à proprement parler la zone interne.

Parfois cette zone papuleuse a un, deux, jusqu'à trois centimètres d'étendue, parfois on ne distingue de saillies papuleuses assez nettes que sur une sorte de bordure linéaire tout autour de la plaque centrale ; parfois enfin, comme nous l'avons vu plus haut, elle semble au premier abord faire complètement défaut.

Sa teinte générale varie du rose pâle au café au lait foncé ou au rouge brunâtre. Les téguments sont assez nettement épaissis à son niveau.

3° *Zone interne ou d'infiltration.* — La zone interne ou d'infiltration est pour ainsi dire la partie essentielle constitutive de la plaque de lichen ; c'est la dermatose arrivée à son état adulte. Elle peut exister seule, surtout dans le cas où l'affection ne progresse plus, ce qui se comprend aisément si l'on a lu avec quelque attention tout ce qui précède.

Sa forme générale est presque toujours celle d'un ovale plus ou moins allongé et dont les dimensions moyennes sont de 6 à 10 centimètres pour le grand axe, de 3 à 6 pour le petit axe. Les bords externes en sont mal définis tant que la plaque subit un processus intensif, car il existe alors, ainsi qu'on l'a vu plus haut, une sorte de zone de transition insensible papuleuse ou pigmentée, ou papuleuse et pigmentée entre la plaque même d'infiltration et les tissus sains. Si la plaque est stationnaire, les bords peuvent en être au contraire assez nettement arrêtés.

Sa coloration est très variable, suivant les cas et surtout suivant la durée de l'affection. La règle générale est que, plus elle est ancienne, plus les tissus se pigmentent. Chez un même malade, au même moment, la surface d'une plaque peut présenter suivant les points des aspects divers. Parfois la régression semble se faire vers le centre, et, dans ce cas, le centre est d'un rose pâle ou même d'un blanc pâle, et est affaissé, alors que la périphérie est d'un rouge vif ou mieux d'un rouge bistre et saillante. Parfois au contraire c'est au centre que la pigmentation atteint son maximum. Parfois on trouve çà et là disséminés sans ordre aucun sur sa surface des points d'un rose pâle, d'un rouge bistre ou café au lait, d'un rouge brun clair,

d'un rouge violacé ou livide, d'un rouge vif avec des saillies excoriées et des croûtes consécutives au grattage, d'un blanc grisâtre, grâce à des squames adhérentes plus ou moins épaisses qui recouvrent les téguments.

On voit en somme que toutes les variétés d'aspect sont possibles : mais d'une façon générale on peut dire que sur les plaques assez récentes le centre est d'un rose pâle un peu bistre quand il n'est pas recouvert de squames, blanc grisâtre quand il y a des squames, et que sur les plaques anciennes qui ne sont pas en voie de régression le centre a de plus en plus de tendance à se pigmenter. Par contre, une plaque peut avoir une surface assez égale d'une coloration rouge bistre, rouge clair, ou rouge brunâtre uniforme.

Nous venons de dire que la plaque centrale se recouvrait parfois de squames; elle le fait surtout dans les régions où la transpiration n'est pas abondante, à l'avant-bras, au poignet, dans la continuité des membres par exemple. Ces squames sont fines, grisâtres, d'un blanc grisâtre ou d'un gris brunâtre : elles ne forment le plus souvent qu'une couche assez mince, parfois cependant elles constituent de véritables productions cornées, sèches, rugueuses, des plus inégales, comme vers le poignet (voir plus loin ce que nous disons à propos de la localisation à la paume des mains). Elles sont extrêmement adhérentes ; il est fort difficile de les détacher par le grattage; on les rend ainsi beaucoup plus visibles et elles se soulèvent par fines squamules pityriasiques : quoi que l'on fasse, il est impossible d'arriver avec l'ongle sur une surface rouge, lisse et luisante, semblable à celle du psoriasis. Les plaques qui siègent en des régions soumises à une transpiration assez abondante comme la partie interne et supérieure des cuisses, les organes génitaux, le pli interfessier, les plis articulaires, sont fort souvent lisses, sans squames apparentes.

Les téguments sont toujours épaissis et infiltrés au niveau de la plaque centrale. Cet épaississement est surtout perceptible quand on les saisit entre le pouce et l'index, mais ils le sont aussi à la vue et au simple toucher. Parfois même les plaques se terminent brusquement en un ou plusieurs points de leur périphérie par un bord abrupt qui montre qu'elles font une saillie notable au-dessus du-niveau des téguments voisins. Cette infiltration est d'ailleurs plus ou moins forte suivant les cas et même suivant les points d'une même plaque : tantôt c'est le centre, et tantôt la périphérie, sur un point ou dans leur totalité, qui présentent leur maximum d'épaisseur (voir ci-dessus les remarques que nous avons faites à propos de la coloration). Elle peut n'être que papyracée ou constituer une hypertrophie énorme, presque éléphantiasique, des téguments (voir le moulage 956 du musée de l'hôpital Saint-Louis). En somme, la plaque centrale est

formée par une sorte de nappe infiltrée plus ou moins accentuée et uniforme.

Çà et là on peut y voir, mais pas toujours, des points plus saillants qui constituent des sortes d'élevures papuleuses mal définies, irrégulières, parfois turgescentes, rouges, excoriées, recouvertes d'une croûtelle sanguinolente.

Un des caractères objectifs les plus importants, ou tout au moins qui frappent le plus au premier abord, c'est que cette plaque centrale est parcourue par des sillons linéaires plus ou moins réguliers que l'on dirait tracés avec une fine pointe d'aiguille sur de la cire molle. Ils sont presque toujours disposés en deux séries parallèles plus ou moins régulières, qui se croisent à angle droit ou aigu suivant les régions, de manière à donner à la plaque un aspect chagriné; ils figurent aussi bien des hachures de dessin, et limitent des carrés, des rectangles ou des losanges, parfois réguliers, le plus souvent d'une extrême irrégularité. Il arrive parfois qu'il n'y a qu'une série de sillons qui soit bien marquée. Dans quelques cas cependant les mailles du quadrillage sont des plus nettes, et forment même des sortes de saillies figurant des papules. Ces mailles ont des dimensions extrêmement variables, de 1 à 5 et 6 millimètres de côté; on peut poser comme règle qu'elles sont d'autant plus grandes que la plaque est plus ancienne et surtout que le derme est plus infiltré. Lorsque l'infiltration est très marquée, elles disparaissent parfois en partie.

Sur les plaques fort anciennes et au niveau desquelles le derme a été très traumatisé, la lésion peut prendre des aspects étranges et tout à fait spéciaux qui déroutent au premier abord l'observateur.

C'est ainsi qu'à la partie inférieure de la plaque de la hanche qui est représentée sur le moulage n° 1452 du musée de l'hôpital Saint-Louis, on voit, sur un fond pigmenté d'un brun roux un peu clair, de grands sillons profonds, obliques de bas en haut, d'avant en arrière, et dans leur intervalle des sortes de papules volumineuses, un peu ovalaires, à grand axe transversal, ayant environ les dimensions d'une très grosse lentille, à limites assez précises, faisant une saillie de 1 millimètre à 1 millimètre et demi au-dessus du niveau des téguments voisins, lisses, ou recouvertes de très fines squames grisâtres, ayant une coloration blanchâtre, rosée ou café au lait clair moins foncé que celle des tissus périphériques.

Nous ne croyons pas que dans ces cas on ait affaire à des papules de début, c'est-à-dire à des papules initiales qui donneront plus tard par confluence naissance à la plaque infiltrée. Ce sont au contraire pour nous des produits d'évolution ultérieure, peut-être de régression de plaques infiltrées préexistantes, ou tout au moins des résultats d'irritations chroniques très répétées, ainsi que nous le démontrerons plus loin.

Dans toutes nos observations on trouve notée une particularité qui est d'une importance capitale au point de vue de l'appréciation de la nature réelle de cette dermatose. Jamais les malades n'ont observé à la surface des plaques le moindre suintement, la moindre suppuration. Les plaques ont toujours été sèches, d'une sécheresse absolue, malgré la localisation de certaines d'entre elles à la partie interne et supérieure des cuisses, aux aines, aux aisselles, régions où l'on sait que des dermatoses, sèches en tout autre endroit, peuvent suinter. C'est là un point définitivement acquis.

En somme, la plaque typique ou complète de lichen simplex chronique est caractérisée à ses périodes d'accroissement et d'état par une zone externe quelque peu diffuse, pigmentée, variant du café au lait clair au brun clair, par une zone moyenne papuleuse dont les éléments isolés vers la limite externe, confluents vers la limite interne, semblent être formés par une hypertrophie papillaire beaucoup plus accentuée que celle qui caractérise la zone précédente, enfin par une zone interne d'infiltration plus ou moins uniforme d'aspect et au niveau de laquelle les téguments sont indurés, épaissis, sillonnés d'un quadrillage rectangulaire ou losangique.

Variations au type précédent. — Telle est la plaque typique, idéale pour ainsi dire, du lichen simplex chronique; mais il ne faut pas croire que cette affection revête toujours cet aspect. Nous avons déjà signalé plusieurs anomalies en étudiant chacune des zones constitutives. La première zone ou zone pigmentée semble faire souvent défaut : mais ce point particulier nous paraît devoir faire l'objet de recherches nouvelles. D'après des documents inédits, malheureusement trop incomplets pour pouvoir être publiés, nous croyons qu'assez souvent la région atteinte a une certaine coloration diffuse sans limites précises, très étendue, probablement consécutive à des irritations antérieures répétées, peut-être même à des lésions anciennes, et c'est sur ce fond que se produit la plaque de lichen, ou bien que surviennent çà et là, disséminées sans ordre, et en apparence isolées les unes des autres, de petites plaques irrégulières, déchiquetées, d'infiltration dermique, ou de simples papules isolées ou confluentes.

Nous avons déjà vu que la zone papuleuse et que les papules isolées peuvent elles-mêmes faire défaut dans certains cas. Si la zone pigmentée manque en même temps, la plaque n'est plus constituée que par la zone d'infiltration : si au contraire la zone pigmentée existe, l'aspect de la lésion est celui d'une plaque infiltrée plus ou moins uniforme entourée d'une aréole diffuse pigmentée café au lait ou d'un brun clair.

Enfin la plaque d'infiltration peut manquer : dans ce cas, la lésion est constituée par des saillies papillaires simulant des papules isolées

ou réunies par petits groupes. La lésion prend d'ordinaire cet aspect soit au début, soit, comme nous allons le voir, pendant sa phase de régression.

Variétés suivant le siège. — L'aspect des plaques varie quelque peu suivant la région où elles se développent. Nous avons déjà vu qu'aux endroits qui ne sont pas soumis à d'incessantes transpirations leur surface est sèche, squameuse, parfois cornée, qu'aux endroits où la perspiration cutanée est intense, comme aux grands plis articulaires, au pourtour des organes génitaux, elles sont au contraire lisses, et n'ont que peu ou point de desquamation. Leur configuration est aussi quelque peu gouvernée par leur localisation. Comme nous l'avons dit plus haut, leur grand axe est dirigé d'ordinaire dans le sens du trajet des nerfs de la région. Quand elles siègent au fond même des plis cutanés, elles peuvent se compliquer de fissures.

C'est surtout à la paume des mains (obs. I) et sans doute aussi à la plante des pieds que leur aspect subit les plus grandes modifications. Elles y revêtent l'apparence des kératodermies : ce sont des plaques d'épiderme jaunâtre, épais, dur et corné, sillonné par places et par moments de fissures profondes, douloureuses. Le derme sous-jacent est un peu rouge et sensible.

L'observation I est des plus importantes en ce qu'elle prouve la réalité de l'existence du lichen simplex chronique à la paume des mains. Depuis longtemps déjà nous sommes convaincus que certaines kératodermies érythémateuses prurigineuses ne sont que des plaques de lichen simplex chronique. C'est là un point qui réclame d'autres recherches, mais qui jette, ce nous semble, un jour tout nouveau sur les lésions prurigineuses symétriques ou non symétriques de la paume des mains et de la plante des pieds que l'un de nous a déclaré, dans son ouvrage sur le traitement des maladies de la peau, être des lésions d'origine nerveuse.

Troubles fonctionnels. — Le prurit est un phénomène constant dans la dermatose que nous étudions ; pour nous, il en constitue même le phénomène majeur.

L'analyse des faits montre qu'il précède l'apparition des lésions cutanées. Les observations V et VII sont explicites à cet égard. En tous cas, on doit poser comme règle absolue qu'il existe toujours lorsque les malades s'aperçoivent de quelque chose, et quand leur souvenir est assez précis pour qu'ils puissent signaler le mode de début, ils parlent soit de prurit sans lésion, soit de papules ou de plaques prurigineuses.

Ce prurit ne semble pas avoir toujours la même intensité ; il s'exaspère surtout vers le soir et pendant la nuit : il empêche souvent les malades de dormir. Le jour, il est modéré et peut même manquer. Il peut également faire défaut à certaines périodes de l'affection : il

disparaît d'ordinaire lorsqu'elle doit entrer en régression et s'effacer.

Dans certains cas, son intensité devient telle qu'il provoque de véritables crises nerveuses, surtout si l'on empêche le malade de se gratter. Il faut qu'il se gratte et il n'est calmé que lorsqu'il a excorié les papules ou les plaques. La sensation de cuisson qui succède aux excoriations est beaucoup plus tolérable que les sensations énervantes causées par les démangeaisons.

La qualité même des sensations douloureuses varie quelque peu suivant les malades. Presque toujours cependant ils accusent du prurit simple ou des démangeaisons, plus rarement des fourmillements, des élancements, des picotements, des sensations de brûlure, de chaleur ardente.

La sensibilité à la piqûre et au tact m'a paru normale dans quelques cas au niveau des plaques, mais ce point particulier réclame de nouvelles recherches plus précises.

Durée. Marche. Terminaisons. — La durée des plaques de l'affection que nous étudions est variable; on peut poser comme règle générale qu'elle est au moins de plusieurs mois et souvent de plusieurs années. D'ailleurs une plaque située en un point peut disparaître pour récidiver plus tard au même endroit, ou peut être remplacée par une autre plaque située en un autre point du corps assez *souvent*, mais pas toujours, *symétrique* du premier. Il se produit même parfois des alternances assez régulières entre deux ou plusieurs plaques.

La maladie peut donc se prolonger fort longtemps, soit par persistance d'une seule et même plaque, soit par évolution successive de plusieurs plaques. Chez nos neuf malades, lorsqu'ils ont été observés, l'affection durait déjà depuis 6 ans, 18 mois, 10 ans, 10 ans, 4 ans, 4 ans et demi, 6 ans, 10 ans, 2 ans. On voit donc que cette dermatose est vraiment digne du nom de *chronique*.

D'après ce qui précède, on comprend que la marche du lichen simplex chronique est des plus variables. Tantôt une même plaque persiste pendant des années en s'accroissant par sa périphérie avec la plus grande lenteur; parfois même alors elle s'affaisse au centre et y subit une sorte de processus de guérison. Tantôt elle reste stationnaire. Tantôt elle disparaît au bout d'un certain temps, et, dans ce cas, ou bien elle ne récidive plus, ou bien elle récidive ensuite après réapparition du prurit; tantôt il se forme ailleurs une plaque nouvelle. Tantôt ce sont de simples rémissions que l'on observe; puis, sous une influence quelconque, la maladie reprend toute son intensité. D'après certains auteurs, il y aurait dans quelques cas des poussées saisonnières et périodiques.

Comme nous l'avons vu plus haut, si une plaque persiste pendant fort longtemps avec du prurit, la peau s'épaissit et se pigmente de plus en plus.

Quand une plaque disparaît, le prurit diminue ou cesse presque toujours ; le derme s'affaisse peu à peu, devient de plus en plus mince et souple. Nous avons parfois observé une sorte de résorption inégale de la plaque d'infiltration centrale, dont certaines parties reviennent plus rapidement que d'autres à l'état normal, de telle sorte qu'il semble que des papules se dégagent de la masse et s'isolent de nouveau, alors qu'elles avaient été en quelque sorte submergées par l'infiltrat intermédiaire et confondues ainsi en une plaque unique.

Peu à peu les tissus reprennent leur consistance normale ou presque normale ; le quadrillage tend à s'effacer ; mais il reste longtemps encore dans beaucoup de cas une certaine coloration brunâtre des téguments, des plis un peu plus accentués qu'à l'état normal, et comme des vestiges de papules à surface brillante.

Nous avons déjà signalé ce fait des plus importants que les phénomènes cutanés peuvent *alterner* avec diverses manifestations viscérales, avec des bronchites, des accès d'asthme, des gastralgies ou des entéralgies, et surtout des accidents nerveux portant soit sur les nerfs (névralgies), soit sur le système nerveux central (névroses).

(*A suivre.*)

DU MERCURE

DANS LES EAUX DE SAINT-NECTAIRE-LE-HAUT (PUY-DE-DÔME)

Par **H. Cathelineau,**

Chef du laboratoire des travaux chimiques de la clinique
de la Faculté à l'hôpital Saint-Louis.

Il y a une quinzaine d'années environ, on annonça qu'il existait en Auvergne une source d'eau minérale renfermant du mercure en proportion notable; la découverte était d'autant plus intéressante qu'il n'existe, actuellement, au monde, aucune source d'eau minérale dans laquelle le mercure ait été rencontré.

Le fait était bien de nature à émouvoir les esprits; les conséquences immédiates qui en découlaient en faisaient voir aussitôt les applications.

Voici à la suite de quelles circonstances fut faite cette découverte qui ne tarda pas à donner lieu à quelques débats.

Au mois de novembre 1876, M. Garrigou, qui visitait les stations d'eaux minérales de l'Auvergne, se fit envoyer de Saint-Nectaire-le-Haut à Toulouse, à la suite de son voyage, deux litres du dépôt boueux qui se forme dans le bassin de la source du Rocher; sur ses indications, on fit évaporer 500 litres d'eau de cette source à Saint-Nectaire même. Cette opération fut faite pendant l'hiver de 1876-1877.

Le résidu de cette évaporation, transporté dans son laboratoire à Toulouse, fut soumis à une dessiccation complète, introduit dans des cornues en verre placées dans des bains de sable, puis calciné pendant 18 heures aux environs de 400°. Les masses refroidies, les cornues cassées, les résidus furent traités par l'eau distillée. Une portion insoluble ainsi que du charbon, fourni par les matières organiques, tombèrent au fond de la capsule. Au milieu de la masse charbonneuse, M. Garrigou trouva un globule de la grosseur d'un pois, brillant, mobile et coulant comme du mercure.

Ce globule *faisait queue* comme du mercure sale. Craignant une mystification, M. Garrigou jeta ce globule, mais après réflexion, il recueillit la portion du métal qui était adhérente aux parois de la capsule et la caractérisa chimiquement.

Poursuivant l'analyse du résidu d'évaporation, il y constatait la présence du mercure.

M. Gubler, à la séance de l'Académie de médecine du 8 mai 1877, présenta une note de M. Garrigou dans laquelle ce chimiste annonçait la découverte du mercure dans les eaux de la source du Rocher à Saint-Nectaire ; en même temps il déposait des tubes renfermant une poudre noire. Disons tout de suite que ces tubes renfermaient en effet du mercure.

Pour bien s'assurer de cette découverte, M. Garrigou fit venir de Saint-Nectaire une nouvelle quantité d'eau minérale. Ses recherches aboutirent à un résultat identique au premier. Des spécimens furent envoyés à l'Académie de médecine et à l'Institut.

M. Gubler, dans la séance du 5 juin 1877, présenta une deuxième note et un échantillon du mercure à l'Académie de médecine au nom de M. Garrigou, en déclarant toutefois qu'il ne prenait pas la responsabilité de cette découverte et de ses considérants.

La commission permanente des Eaux minérales chargea alors M. Lefort de s'assurer, par de nouvelles expériences de laboratoire, si le mercure faisait réellement partie de cette source minérale. Les recherches chimiques de ce savant portèrent d'abord sur un volume considérable d'eau minérale puisée avec toute la garantie désirable à la même source que celle qui avait servi aux expériences de M. Garrigou. Une grande quantité du dépôt ocracé formé sur le sol aux environs du griffon fut soumis également à l'analyse.

Le rapport de M. Lefort conclut à l'absence complète du mercure (1).

M. Garrigou poursuivit ses recherches et les eaux de la source du Parc, celles de la source Rouge de Saint-Nectaire-le-Haut, lui donnèrent, en quantité moindre il est vrai, du mercure à l'analyse. Les dépôts naturels de la source du Rocher, tant ceux qu'il avait recueillis que ceux qui lui furent envoyés, donnèrent au point de vue de la présence du mercure des résultats positifs.

M. Willm reprit à son tour ces analyses et, parmi plusieurs négatives, obtint une fois, avec l'iode, une réaction pouvant lui faire croire à la présence du mercure dans la source du Rocher (2). L'eau de la source du Mont-Cornadore, voisine de celle du Rocher, traitée par les mêmes procédés, ne put lui donner les mêmes résultats. « Enfin le dépôt abandonné par l'eau du Rocher ne fournit aucun indice du mercure soit par voie humide avec la pile de Smithson, soit par la chaleur. »

Il conclut en disant : « qu'il ne croit pas possible de tirer actuellement une conclusion sérieuse de ces expériences contradictoires, et que, en supposant que le mercure soit réellement un élément *constant* de l'eau du Rocher, la quantité qui est accusée par sa seule expé-

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine,* n° 17. Séance du 23 avril 1878, page 401.
(2) *Comptes rendus de l'Académie des sciences,* 29 mai 1879, p. 1032.

rience positive est loin de pouvoir être comparée à celle qui résulterait des expériences de M. Garrigou. — C'est alors que la commission des Eaux minérales chargea M. Lefort d'aller à Saint-Nectaire.

Dans le courant du mois d'octobre 1879, il s'y rendit, et ses recherches aussi bien sur les eaux que sur les dépôts faites à Saint-Nectaire même et dans le laboratoire de l'Académie de médecine à Paris donnèrent des résultats négatifs (1).

Parmi les procédés employés par M. Garrigou pour la recherche du mercure dans les eaux, il cite les deux suivants comme les meilleurs :

1° On évapore à siccité un litre d'eau de la source du Rocher; le résidu traité par l'eau régale est évaporé de nouveau à siccité et le résidu repris par l'eau distillée. Une lame de cuivre rouge bien décapée est plongée pendant 15 à 18 heures dans le liquide, il s'y forme un très léger dépôt de mercure. A la loupe, il est facile de voir la couleur gris blanc prise par la lame métallique sur plusieurs points de sa surface.

2° Dans un litre d'eau de la source du Rocher, si on plonge une lame de cuivre bien décapée et si on l'y laisse séjourner 15 à 20 heures, cette lame se couvre de taches brunes et gris blanc, visibles à l'œil nu. Ces taches sont du mercure.

Quant aux dépôts, après calcination dans une cornue en verre à une température prolongée de 400° environ pendant 15 à 18 heures, après un coup de feu très court, on obtient à la partie supérieure de la cornue des globules brillants, visibles au microscope avec un grossissement de 140 diamètres ayant un point d'attache exactement semblable à celui des globules de mercure (2).

M. Lefort (3) opère sur le résidu de 20 litres d'eau minérale. En suivant les indications fournies par M. Garrigou, une lame de cuivre se recouvre à la longue d'une couche noirâtre qui se détache facilement, mais sans s'*amalgamer* en la frottant avec le doigt; frottée sur une lame d'or, cette poudre ne blanchit pas; traitée par l'acide azotique, on obtient aussitôt un précipité bleu de Prusse en additionnant la solution d'un peu de cyanure jaune de fer et de potassium.

Une pièce de monnaie en or, frottée avec une faible quantité de dépôt, ne blanchit pas.

100 grammes de dépôt sont traités à chaud par l'acide chlorhydrique concentré additionné d'un peu d'acide nitrique. Après filtration de la solution, une lame de cuivre qu'on y plonge se comporte comme dans l'expérience précédente. La faible partie du dépôt qui n'avait

(1) *Bulletin de l'Académie de médecine*. 4 mai 1880.

(2) Dr F. Garrigou. *Histoire de la découverte du mercure dans l'eau de la source du Rocher de Saint-Nectaire*, p. 9; brochure. Toulouse, 1879.

(3) *Journal de pharmacie et de chimie*, 1878, t. XXVIII, p. 57; 1880, t. II, p. 108.

pas été attaquée, traitée par l'eau régale, donne une solution qui ne renferme pas la plus légère trace de mercure.

Recourant au deuxième procédé indiqué par M. Garrigou, M. Lefort place dans un litre d'eau minérale une lame de cuivre bien décapée et après trois jours le métal n'a rien perdu de son éclat.

M. Lefort emploie de plus la méthode galvanique. Une pile de Smithson, plongée dans un litre d'eau minérale, ainsi que dans le produit de sa concentration, puis dans la solution chlorhydrique du dépôt spontané, ne donne pas le plus léger indice de mercure.

Une lame de cuivre et une lame de zinc accouplées au moyen d'un fil de cuivre sont abandonnées pendant plusieurs jours dans le résidu qui provenait de la concentration de 10 litres d'eau minérale acidulé préalablement par l'acide chlorhydrique; même opération dans la solution chlorhydrique du dépôt spontané de la source. Les lames métalliques se recouvrent d'une poudre noire attirable à l'aimant, mais *pas de traces de mercure.*

Ces expériences répétées dans le bassin même de la source du Rocher furent également négatives.

Enfin 100 grammes de dépôt séchés à une basse température, puis placés dans une cornue en grès, furent chauffés dans un fourneau à réverbère à une température élevée; un tube abducteur, recourbé à angle droit, plongeait dans une capsule contenant de l'eau. Ce tube était muni à ses deux extrémités d'une lame d'or. Le mercure en se volatilisant devait s'amalgamer avec elles. Un sublimé noirâtre, abondant, se forma dans l'intérieur du tube. La lame d'or placée près du fourneau prit un aspect brunâtre (arséniure d'or), l'autre fut retrouvée intacte. Le produit de la distillation n'indiquait en aucune manière la présence du mercure.

Enfin l'acide formique, qui réduit à chaud si facilement le bioxyde de mercure, ne put déceler *la plus petite trace de mercure.*

Au cours de ces recherches, M. Lefort découvrit que, sous l'influence de la pile de Smithson, l'acide arsénieux et l'acide arsénique pouvaient être réduits; or, comme l'arsenic métallique est volatil ainsi que le mercure, et qu'avec l'iode il forme de l'iodure d'arsenic d'une teinte rouge plus ou moins comparable à celle du biiodure de mercure, il en résulte que ce métalloïde et ce métal peuvent être pris l'un pour l'autre (1).

Ce sont ces recherches que j'ai reprises à la suite d'un séjour à la station de Saint-Nectaire. Vingt-cinq litres de l'eau de la source du Rocher ont été puisés et mis dans des bonbonnes qui furent cachetées, et j'ai retiré moi-même, en présence de M. le D[r] Goubeyre,

(1) J. Lefort. *Remarques sur l'emploi de la pile de Smithson pour la recherche du mercure particulièrement dans les eaux minérales.* (*Journal de Pharmacie et de chimie,* 1880, t. II, p 300.)

médecin-inspecteur de la station, dix litres de la boue du réservoir de la source du Rocher.

Mes recherches ont principalement porté sur les boues retirées de la piscine de la source du Rocher. Si le mercure existe dans les eaux de Saint-Nectaire, il est de toute évidence que les dépôts spontanés provenant de ces sources doivent en contenir des quantités notables.

I

I. — Dans un premier cristallisoir, j'ai mis un kilog. de boue et une lame de zinc bien décapée. Au bout de quinze jours, la lame de zinc était recouverte d'une poudre brunâtre, sans action sur l'or. Cette poudre grattée, broyée avec un mélange de potasse et de chaux pulvérisées, est chauffée dans un tube à analyses. Je n'entre pas dans la description de l'appareil, ni dans celle du mode opératoire. C'est le procédé classique qui a été suivi. Je n'ai pu déceler aucune trace de mercure.

II. — Dans un deuxième cristallisoir, renfermant également 1 kilogramme de boue, une lame de cuivre est plongée ; au bout de quinze jours de contact, la lame de cuivre se montre recouverte d'une poudre grisâtre.

Cette lame est limée de manière à en détacher toute la partie superficielle et soumise aux recherches que je viens d'indiquer pour la première expérience. Même résultat négatif.

III. — Dans un troisième cristallisoir, contenant également 1 kilogramme de boue j'abandonne pendant 15 jours une lame de cuivre et une lame de zinc, accouplées au moyen d'un fil de cuivre. Les boues avaient été acidulées. Les deux lames métalliques sont retirées couvertes d'une poudre noire; même insuccès pour y déceler le mercure.

IV. — L'or d'une pile de Smithson, enfin, ne montra aucune trace d'amalgame après un séjour de 15 jours dans un kilogramme de boue.

V. — 500 grammes de boue préalablement desséchée à basse température furent traités à chaud par l'acide chlorhydrique concentré. J'obtins de la sorte une solution fortement rougeâtre. Après filtration, le résidu resté sur le filtre fut traité par un mélange d'acide chlorhydrique et d'acide azotique. La liqueur provenant de ces deux traitements, une fois mélangée, fut soumise à un courant d'hydrogène sulfuré pendant plusieurs heures; il se forma un précipité qui fut traité par le sulfhydrate d'ammoniaque. L'analyse démontra qu'il y avait de l'arsenic. Une petite quantité du précipité n'avait pas été dissoute ; il était complètement formé par du soufre ; quant au mercure, il n'y en avait pas trace.

VI. — 250 grammes de boue desséchée à une basse température (38°) furent introduits dans une cornue en grès, munie d'un tube recourbé à angle droit. L'extrémité inférieure plongeait dans un ballon contenant de l'eau. Dans l'intérieur du tube une lame d'or avait été introduite. Chauffés dans un fourneau à réverbère à une température élevée pendant 15 heures, ils donnèrent, dans l'intérieur du tube, un sublimé noirâtre, miroitant, se déplaçant facilement sous l'action de la chaleur. La lame d'or en même temps prit un aspect noirâtre. L'analyse démontra que ces anneaux étaient dus seulement à l'arsenic, que l'aspect grisâtre de la lame d'or était dû à la formation d'un arséniure d'or, que l'eau ne renfermait aucune trace de mercure.

II

I. — Avec l'eau provenant de la source du Rocher, j'ai, mais en vain, employé le procédé indiqué par M. Garrigou pour la recherche du mercure en y plongeant une lame de cuivre.

II. — J'ai opéré alors sur le résidu provenant de l'évaporation de 20 litres d'eau de la source du Rocher. Je les ai distillés à siccité, dans le vide, à la trompe et à la température de 45°. Le résidu a été divisé en deux parties : la première, reprise par de l'eau régale, évaporée de nouveau à siccité, à basse température, reprise encore par de l'eau distillée, n'a donné lieu, sur une lame de cuivre rouge bien décapée, à aucun dépôt de mercure. La deuxième portion du résidu est acidulée par l'acide chlorhydrique. Au bout de 15 jours, une pile de Smithson qu'on y avait plongée n'avait donné lieu à aucun amalgame de mercure.

J'ai borné là mes recherches et je me crois autorisé à dire que le mercure n'existe ni dans les eaux de la source du Rocher, ni dans les dépôts spontanés de cette source.

LE TRAITEMENT DE KOCH

A L'HÔPITAL SAINT-LOUIS.

COMMUNICATIONS PRÉSENTÉES A LA SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Par MM. **Ernest Besnier** et **H. Hallopeau.**

(SÉANCE DU 12 FÉVRIER 1891.)

Communication de M. Ernest Besnier.

Dans notre dernière réunion, le 8 janvier 1891, notre éminent secrétaire général, M. Vidal, vous a communiqué, au nom des médecins de l'hôpital Saint-Louis (1), un aperçu général sur le traitement

(1) A la fin du mois de novembre de l'année dernière, aussitôt que fut livré le remède secret que le professeur Koch annonçait comme devant être particulièrement efficace dans les tuberculoses lupiques, les médecins de l'hôpital Saint-Louis, MM. E. Vidal, Ernest Besnier, professeur Fournier, Hallopeau, Quinquaud, auxquels M. Lailler, médecin honoraire de l'hôpital Saint-Louis, a constamment apporté son concours, se réunirent en commission et décidèrent de faire leurs recherches en commun. Laissant de côté la responsabilité qu'ils pouvaient encourir en appliquant un remède secret dans un service public, ils ne se préoccupèrent de rien autre que de préciser les moyens les plus sûrs de mettre les malades traités à l'abri des dangers du remède, d'assurer les soins particuliers à chacun d'eux, et de recueillir l'observation précise des résultats qui seraient obtenus.

Pour les soins spéciaux à donner aux sujets inoculés, pour recueillir les observations cliniques sans interruption ni lacune, la commission institua, avec le concours des internes et des externes de l'hôpital, dont nous ne saurions trop louer ici le dévouement et le zèle, un service extraordinaire et permanent de garde de jour et de nuit. Des feuilles d'observation, imprimées pour cet objet, uniformes pour tous les inoculés, ont été tenues au courant, et ont permis, non seulement de réunir les éléments de jugement, mais encore de baser, sur des indications précises, la direction de la médication pour chaque malade, dont le traitement était interrompu, continué ou supprimé, augmenté ou diminué, selon les faits observés, et notés à la suite de l'inoculation précédente. M. le directeur de l'Assistance publique, le docteur Peyron, qui a bien voulu favoriser de sa haute approbation les travaux de la commission, avait mis à la disposition des élèves de garde la nourriture, et une allocation supplémentaire. Le service entier a été organisé avec la sollicitude la plus éclairée par M. Grandry, directeur de l'hôpital Saint-Louis.

Afin d'assurer l'exécution de ce plan, tous les malades à traiter ont été réunis dans les salles Alibert (femmes) et Devergie (hommes), où ils étaient d'abord exa-

des lupus par la lymphe de Koch. C'est maintenant en notre nom personnel que nous venons vous parler des résultats que chacun de nous a obtenus; si je joins à ma communication quelques renseignements collectifs, et si j'ai la parole le premier, c'est en ma qualité de *senior*.

I. En ajournant cet exposé, de la séance précédente à celle d'aujourd'hui, nous avons voulu, avant de formuler notre jugement, mûrement peser toutes choses, et en même temps accorder le bénéfice du temps à l'observation des malades chez lesquels les résultats du traitement semblaient être nuls ou douteux. Ce délai était encore plus nécessaire pour apprécier exactement la valeur des améliorations obtenues, non pas à titre définitif, mais à titre provisoire; car parler de la guérison proprement dite des tuberculoses tégumentaires après quelques semaines, ou même après quelques mois d'une médication quelconque, ne serait pas tenir un langage scientifique, ni faire preuve d'une connaissance approfondie de la nature et de la marche de ces maladies.

Pendant ce temps, d'ailleurs, l'heure est devenue propice, le calme est revenu dans les esprits; nous savons maintenant ce que nous avons inoculé à nos malades, et déjà nous ne sommes plus astreints à récriminer sur les conditions fâcheuses, sans précédent dans les annales de la science, au milieu desquelles la médication nouvelle a été annoncée au monde savant.

Nous n'avons plus qu'à regretter pour la gloire, jusque-là indiscutée, de l'auteur de la méthode, qu'il n'ait pas exposé d'une manière plus claire et plus démonstrative ses expérimentations sur les animaux, qu'il en ait fait à l'homme une application prématurée, ou au moins qu'il ne se soit pas préoccupé davantage des dangers du remède, et qu'il n'en ait pas mieux fixé la posologie, ou enfin qu'il n'ait pas fourni d'observations cliniques dignes de ce nom.

Mais ce sont là toutes choses sur lesquelles il appartient à l'histoire impartiale de faire la lumière, et qui ne changent rien à la question de fait devant laquelle nous sommes placés, et à laquelle je veux limiter la présente note.

Ainsi ramenée à ses proportions exactes, la question que j'ai à traiter ne réclamera pas de très grands développements. J'omettrai

minés par la commission réunie. Aucun malade n'a été soumis aux inoculations sans cet examen préalable, lequel décidait, non seulement si la médication devait être mise en œuvre, mais encore quelle dose devait être employée et, jusqu'à la fin de janvier 1891, époque à laquelle la commission a terminé son enquête, chaque inoculation successive a été, pour chaque malade, également déterminée comme époque et fixée comme quantité, par elle. L'un de nous, M. Quinquaud, a lui-même, pendant toute la durée des travaux de la commission, préparé et titré les solutions, dosé l'injection pour chaque malade, et assuré les conditions d'asepsie les plus rigoureuses.

volontairement beaucoup de choses qui vous ont déjà été dites excellemment, soit par mon cher collègue et ami M. Thibierge, soit par notre éminent secrétaire général M. Vidal (1), ou qui vous seront dites tout à l'heure par mes collègues. Je n'aurai garde d'oublier que chacun de nous est surabondamment éclairé sur le fond du sujet, aussi bien que sur ses détails, grâce à la rapidité extraordinaire et à la perfection avec lesquelles la presse médicale française a multiplié les éléments d'information et de jugement, dans un esprit élevé qui l'honore hautement.

II. Le nombre des malades inoculés après avoir été examinés par la commission est de cinquante; j'en laisserai douze de côté, soit qu'ils aient été inoculés pour la lèpre, par exemple, comme vous le dira tout à l'heure M. Hallopeau, soit que leur traitement ait été interrompu, ou commencé depuis trop peu de temps pour pouvoir entrer en ligne de compte. J'ai seulement retenu trente-huit observations assez précises, et assez rigoureusement faites, pour servir d'éléments de jugement. Chacune d'elles présente cette garantie particulière que le diagnostic des lésions a été établi par une commission compétente, qui a suivi avec la plus scrupuleuse attention les phases et les incidents du traitement pendant toute sa durée, et pendant quelques semaines à sa suite.

Il n'est pas une seule de ces trente-huit observations, dont l'exposé ne soit plein d'intérêt, et riche en enseignements; mais leur exposé, même abrégé, ne pourrait être donné sans dépasser les limites de notre cadre et de notre temps. Cependant, comme il y a un intérêt majeur à ce que les pièces mêmes de l'enquête vous soient soumises, je n'ai pas reculé devant l'obligation d'en faire, moi-même, le dépouillement, et d'en résumer les éléments dans le tableau synoptique suivant, qui comprend l'*âge* et le *sexe* des inoculés, la *nature de la tuberculose traitée*, le *nombre des inoculations*, leurs *dates*, la *réaction* et l'*époque de la tolérance*, les *principaux phénomènes de la fièvre d'inoculation*, les *caractères de la réaction locale*, l'*indication des accidents consécutifs prolongés ou permanents*, le *résultat actuel du traitement*, le *nom des médecins traitants*.

En parcourant verticalement chaque colonne, on suit la série de chacun de ces faits chez les différents malades ; en lisant horizontalement chaque case entière du tableau, on a le sommaire de l'observation de chaque malade.

(1) *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie*, décembre 1890 et janvier 1891.

DIAGNOSTIC.	INOCULATIONS (NOMBRE, DATES, DOSES).	PHÉNOMÈNES PRINCIPAUX de la FIÈVRE D'INOCULATION.
1. — F., 50 ans. — Lupus vulgaire des joues et du menton, datant de 37 ans, avec épithéliome secondaire au centre cicatriciel, datant d'un an.	1 inj. de 0.002.	Réact. violente; prostration extrême; congest. pulm.; hématurie; albuminurie ayant persisté sept jours. Traitement non continué à cause de l'atteinte grave portée à la vitalité.
2. — F., 25 ans. — Lupus vulgaire des joues, de l'oreille g., datant de 5 ans, traité antér. et cicatriciel.	2 inj. de 0.002 à dix jours d'intervalle.	Réact. excessive; T. 40°6. Prostration; subdélire; frisson violent de 4 h. de durée, dyspnée intense; cong. pulm.; hypersplénie; hématurie; albuminurie ayant duré huit jours. Rash pustuleux, etc., etc. Traitement abandonné à cause de la gravité des accidents.
3. — F., 21 ans. — Lupus vulg. face, joues, nez et cavité nasale, lèvre supérieure, datant de 6 ans, traité antérieurement et cicatriciel.	Du 3 décembre 1890 au 26 janvier 1891, 8 inj. de 1/2 milligr. à 1 1/2. A la 8ᵉ inj. avec 1 milligr. 1/2, la tempér. montait à 39°.	Réact. excessive; à la 4ᵉ inocul. la tempér. s'élevait encore à 40°7. Albuminurie aux deux premières inoculations. Prostration et malaise extrêmes.
4. — F., 16 ans. — Lupus vulg. centre de la face; nez; cavité narinaire, lèvre supérieure, datant de 6 années.	Du 4 décembre 1890 au 26 janvier 1891, 11 inj. de 1/2 à 4 milligr. Tolérance locale à la 7ᵉ inj.	T. max. 40°1 à la 3ᵉ inocul. avec 0.002. Phénomènes nerveux d'une violence extraordinaire; épigastralgie angineuse (*angor*) ayant duré 24 h. dans une des inocul.; albuminurie à la 3ᵉ.
5. — F., 29 ans. — Lupus vulg. disséminé, nodulaire, du centre de la face et des cavités narinaires. Non traité antérieurement, datant de deux années. Type pur de tuberculose lupique.	Du 4 décembre 1890 au 26 janvier 1891, 10 inj. de 2 à 5 milligr. Tolérance complète à la 9ᵉ inocul. A la 10ᵉ, la temp. s'est affaissée à 36° et n'est pas remontée au-dessus de 37°.	T. max. 40° à la 6ᵉ inject. A chaque inject., malgré l'intégrité des poumons, crises violentes de toux quinteuse. Congest. pulm. Râles universels durant de 24 à 48 h., phénomènes atténués seulement à la 9ᵉ injection.
6. — F., 28 ans. — Lupus vulg. du centre de la face, en état de cicatrice complète et de guérison apparente sous l'action d'un traitement antérieur par les scarif. et les cautérisat. élect. Lupus datant de 3 ans.	Du 8 décembre 1890 au 26 janvier 1891, 10 inj. de 0.001 à 0.006. Tolérance à la 9ᵉ inj. avec 0.005.	T. max. 39°4 à la 4ᵉ inject. Réaction générale très modérée. Rash. Céphalalgie.

RÉACTION LOCALE.	PHÉNOMÈNES et ACCIDENTS CONSÉCUTIFS.	RÉSULTAT DU TRAITEMENT.	MÉDECINS TRAITANTS.
Assez vive, prédominante au niveau de l'épithéliome qui, seul, était ulcéré.	»	Nul.	E. Vidal.
Intense, forme érysipélatoïde, étendue à un rayon étendu autour des parties saines.	»	Nul.	E. Vidal.
Violente; érysipélatoïde jusqu'à la 5e inoculation, mais devenue presque nulle à la 8e.	Anémie. Amaigrissement de 6 kilos 500.	Légère atténuation. Tubercules évidents dans toute l'étendue de la cicatrice; lésions intra-nasales non cicatrisées.	E. Vidal. E. Besnier.
Moyenne, presque nulle à partir de la 7e injection.	»	Légère atténuation dans le volume des parties atteintes; pas de cicatrisation des lésions intra-nasales; tubercules manifestes dans toute l'étendue du lupus.	E. Vidal. E. Besnier.
Vive réaction locale érysipélatoïde, puis érythémateuse, avec suintement nasal; augmentation des croûtes existant sur quelques tubercules isolés.	»	Résultat presque nul : après la période d'anémie postfébrile passée, l'atténuation apparente du lupus s'effaçait et les tubercules ont aujourd'hui repris l'état antérieur.	E. Besnier.
Assez vive.	Amaigrissement de 5 kilos.	Les lésions sont restées sensiblement dans le même état, peut-être un peu atténuées.	E. Besnier.

DIAGNOSTIC.	INOCULATIONS (NOMBRE, DATES, DOSES).	PHÉNOMÈNES PRINCIPAUX de la FIÈVRE D'INOCULATION.
7. — F., 23 ans. — Lupus vulg. du nez, de la lèvre sup. et des joues, etc., en état de cicatrisation totale et de guérison apparente obtenue par les scarifications ; cependant quelques tubercules dans la cicatrice ou alentour sont encore appréciables.	Du 8 décembre 1890 au 26 janvier 1891, 11 inj. de 0.002 à 0.006. Tolérance à la 9e inj. avec 3 milligr. 1/2.	T. max. 40° à la 8e inject. Palpitations, dyspnée, vomissement, rash scarlat.
8. — F., 50 ans. — Lupus vulg. du nez, de la cloison, de la lèvre sup., datant de 7 années, peu envahissant, mais récidivant sans cesse et détruisant lentement.	Du 3 au 26 janvier 1891, 7 inj. de 1/2 milligr. à 2. Tolérance presque complète à la 7e inj. de 2 milligr.	T. max. 40°4 à la 5e inocul. avec un milligr. et demi. Très peu de réaction générale en dehors des phénomènes vulgaires de la fièvre.
9. — F., 30 ans. — Lupus vulg. de l'avant-bras gauche à foyers multiples et florides, datant de 10 années.	Du 12 décembre 1890 au 10 janvier 1891, 5 inj. de 0.002 à 0.004. Tolérance locale dès la 3e inj.	T. max. 39°. Rash scarlat. intense ; à toutes les inoculations, vomissements ; céphalalgie violente ; souffle systolique à la pointe, etc.
10. — F., 19 ans. — Lupus vulg. du nez, des narines, de la joue, tuberculo-ulcér., en partie cicatrisé par les traitements antérieurs, mais repullulant sans cesse. Le lupus date de trois années.	Du 12 décembre 1890 au 26 janvier 1891, 8 inj. de 0.002 à 0.004. Tolérance à la 8e inj.	T. max. 39°. Phénomènes variés à chaque inject. Céphal. intense. Vertiges. Courbature extrême. Crampes dans les mollets. Rash scarlat. Douleurs de ventre. Quint. de toux. Congest. pulm. avec râles sous-crépit. Douleur vive de la fosse iliaque gauche. Otalgie violente. Otorrhée pur. de 48 h. ne laissant aucune trace.
11. — H., 19 ans. — Polyadénopathie tuberculeuse, sous-maxillaire, axillaire, sus-claviculaire. Gommes dermiques tuberc. suppurées.	Du 18 au 22 décembre 1890, 2 inj. de 1/2 et 1 milligr.	1re inj. (1/2 milligr.). T. max. 39°3 Pas de rash, très peu de malaise. 2e inj. (0.001). T. max. 38°9. Râles sous-crépitants aux 2 sommets surtout à gauche où

RÉACTION LOCALE.	PHÉNOMÈNES et ACCIDENTS CONSÉCUTIFS.	RÉSULTAT DU TRAITEMENT.	MÉDECINS TRAITANTS.
Assez vive dans les premières inocul., mais rapidement effacée.	Amaigrissement de 2 kilos.	Pendant la durée des inoculations, les tubercules qui se montraient déjà dans la cicatrice opératoire ont continué à se développer, au moins aussi rapidement que si les lésions avaient été abandonnées à elles-mêmes.	E. Besnier.
Assez vive, type érythémateux; écoulement nasal; augmentation des concrétions croûteuses.	Révélation inattendue d'une tuberculose pharyngée inconnue; à chaque injec. pharyngite postérieure avec exulcération. Amaigrissement de 4 kilos.	Amélioration caractérisée par la plus grande liberté de la respiration nasale, une tendance cicatricielle manifeste.	E. Besnier.
La réaction locale qui avait été très belle aux deux premières inoculations et suivie d'un affaissement général, devient presque nulle à la 3e, et nulle à la 4e, malgré l'intensité du malaise et des accidents. La malade découragée renonce au traitement.	»	Résultat nul.	A. Fournier.
Vive réaction locale très douloureuse « plus douloureuse que les cautérisations », gonflement; suintement nasal, productions croûteuses, érythème périphérique.	»	L'amélioration obtenue par les premières inoculations reste stationnaire. Les tubercules, les croûtes persistent.	A. Fournier.
Les ganglions des aisselles qui étaient restés indolents à la 1re inoc. deviennent douloureux à la seconde, et la masse	Phlegmon de l'aisselle.	Résultat nul.	E. Vidal, E. Besnier.

DIAGNOSTIC.	INOCULATIONS (NOMBRE, DATES, DOSES).	PHÉNOMÈNES PRINCIPAUX de la FIÈVRE D'INOCULATION.
		on n'avait constaté préalablement aucun signe physique anormal.
12. — H., 11 ans. — Tuberculose lupique disséminée, forme verruqueuse, occupant différents points des membres inférieurs. Arthropathie métat-ph. du gros orteil, pied gauche. Lésions datant de 2 années. Poumon droit, sommet suspect.	Du 30 novembre 1890 au 3 janvier 1891, 5 inj. de 0.001 à 0.002.	T. max. 40°2. Phénom. génér. intenses; phénom. pulm. assez intenses surtout à droite; douleurs vives dans l'épaule droite et dans l'art. métat.-phal. du gros orteil à droite (points où rien n'existait antérieurement). Douleur et tuméfaction de l'épaule droite. Abattement considérable. Anémie rapide.
13. — H., 16 ans. — Lupus tub. génér. de la face, datant de 7 ans, en état de cicatrisat. générale consécut. aux cautér. galv., mais présentant encore de nombreux tubercules dans les mailles de la cicatrice dermique.	Du 5 décembre 1890 au 3 janvier 1891, 4 inj. de 1 1/2 à 2 milligr.	T. max. 39°8. Albuminurie de 48 h. à la 1re inject. Respiration rude aux deux sommets à chaque injection. Une lipothymie après la réaction.
14. — H., 21 ans. — Lupus ulcérant du nez, du voile du palais. Lupus laryngé. Lupus disséminé des membres.	Du 8 décembre 1890 au 26 janvier 1891, 9 inj. de 1/2 à 3 milligr. 1/2	T. max. 39°6. Dyspnée, vomissements, rash papuleux, toux sans signes stéthoscopiques; augmentation d'un souffle mitral préexistant.
15. — H., 24 ans. — Tuberculose lupique à forme verruqueuse du dos de la main droite.	Du 1er décembre 1890 au 10 janvier 1891, 6 inj. de 2 à 3 milligr.	T. max. 40°. Réaction gén. tardive mais intense avec prostration considérable. Rash papuleux. Cong. bronchique modéré. Toux.
16. — H., 30 ans. — Lupus vulgaire de la face datant de 22 ans, en partie cicatrisé. Tuberculose verruqueuse de la partie antéro-infér. de l'avant-bras gauche avec synovite enkystée au niveau des tendons fléchisseurs.	Du 4 décembre 1890 au 26 janvier 1891, 9 inj. de 0.002 à 0.006. Tolérance à la 9e inj.	T. max. 38°8. Très peu de phénomènes généraux. Tolérance presque d'emblée au point de vue général, sauf exacerbation de cardiodynies auxquelles le malade est sujet.

RÉACTION LOCALE.	PHÉNOMÈNES et ACCIDENTS CONSÉCUTIFS.	RÉSULTAT DU TRAITEMENT	MÉDECINS TRAITANTS.
volumineuse de l'aisselle droite était devenue, au 5e jour après l'inoc., le siège d'un vaste phlegmon, qui a nécessité le passage du malade en chirurgie.			
Après avoir paru actionnées dans les 1res inoculations, les plaques lupiques sont en réalité restées stationnaires.	»	Résultat nul.	E. Vidal, E. Besnier.
Réaction locale très modérée, à peu près semblable à ce que produisent les très fréquentes poussées de pseudo-érysipèle spontané que présente ce malade.	»	Résultat nul.	E. Vidal, E. Besnier.
Réac. locale modérée, du type érythémateux, à la fois sur les tuberculoses cutanées et muqueuses.	Souffle mitral accru.	Résultat nul pour les lésions cutanées. Amélioration des lésions laryngées.	E. Besnier.
Réac. locale toujours modérée, tendance cicatricielle augmentée. Réduction de la masse de la lésion.	Amaigrissement de 5 kilos.	Amélioration apparente, mais persistance des foyers lupiques constatables au travers de la cicatrice.	E. Besnier.
A peu près nulle.		Nul.	E. Besnier.

DIAGNOSTIC.	INOCULATIONS (NOMBRE, DATES, DOSES).	PHÉNOMÈNES PRINCIPAUX de la FIÈVRE D'INOCULATION.
17. — H., 23 ans. — Tuberculose lupique fibreuse à nodules repullulant autour d'une cicatrice de guérison centrale. Gibbosité datant de l'âge de 10 ans. Otorrhée purul. gauche.	Du 4 au 20 décembre 1890, 4 inj. de 0.002. Temp. 40°2 à la 4e inj.	T. max. 40°2. Phénomènes généraux fébriles intenses, toux, palpitation, prostration.
18. — H., 24 ans. — Lupus ulcéreux profond du voile du palais et du pharynx datant de 2 années. Lupus de l'épiglotte.	Du 8 décembre 1890 au 3 janvier 1891, 4 inj. de 0.001 à 0.002. Pas de tolérance; accumulation d'action. Temp. max. 40°8 à la 4e inj. avec 0.002 milligr.	T. max. 40°8. Phénomènes généraux fébriles intenses; dyspnée, palpitations, douleurs abdominales.
19. — F., 26 ans. — Lupus tuberc. face, joues, paup. infér., lèvres. Non ulcéré. Plaques isolées des membres. Craquem. au sommet gauche.	Du 10 décembre 1890 au 10 janvier 1891, 6 inj. de un demi-milligr. à 3 milligr. 1/2.	T. max. 40°3. Phén. gén. fébriles assez intenses, céphalées intenses.
20. — F., 24 ans. — Lupus tuberc. non ulcérant de la face (disséminé).	Du 12 décembre 1890 au 10 janvier 1891, 6 inj. de 0.002 à 0.005.	T. max. 40°. Réaction gén. modérée, courbature, céphalalgie.
21. — F., 24 ans. — Lupus vulg. non ulcérant occupant toute l'étendue de a joue gauche.	Du 6 décembre 1890 au 26 janvier 1891, 9 inj. de 0.002 à 0.005. Tolérance dès la 6e inj.	T. max. 39°7. Réact. gén. assez intense au début, puis de plus en plus faible. Courbature, épigastralgie, rash scarlatiniforme intense et desquamatif à chaque injection.
22. — F., 18 ans. — Lupus tub. ulcéreux, disséminé de la face; sommet gauche suspect.	Du 22 décembre 1890 au 10 janvier 1891, 4 inj. de 1/2 milligr. à 2 milligrammes.	T. max. 39°6. Réaction génér. modérée, rash, gastralgie.
23. — F., 16 ans. — Lupus tub. non ulcéré du centre de la joue droite.	Du 12 décembre 1890 au 10 janvier 1891, 5 inj. de 0.001 à 0.003. Tolérance à la 5e inocul.	T. max. 39°. Réaction génér. très modérée; courbature.
24. — F., 59 ans. — Lupus tuberc. non ulcér. joue droite, quelques nodules mentonniers.	Du 10 décembre 1890 au 3 janvier 1891, 4 inj. de 1 à 1/2 milligr.	T. max. 39°. Réaction génér. modérée. Rash scarlatiniforme. Courbature.

RÉACTION LOCALE.	PHÉNOMÈNES et ACCIDENTS CONSÉCUTIFS.	RÉSULTAT DU TRAITEMENT.	MÉDECINS TRAITANTS.
Très modérée.	Anémie et dépression.	Etat stationnaire. On n'a pas jugé devoir continuer le traitement à cause de l'intensité des accidents généraux et du peu d'action locale.	E. Besnier.
Modérée sur les lésions pharyngo-laryngées sans aucun accident dysphagique ni dyspnéique mécanique.	Dépression et anémie très accentuées.	Presque nul. On n'a pas cru devoir continuer les inocul. en raison de la gravité des phénomènes hyperthermiques comparée au peu d'action produite sur les lésions pharyngo-laryngées.	E. Besnier.
R. du type érysipélatoïde; rougeur et tuméfaction.	Craquements du sommet gauche.	Le lupus de la face a pâli; les tubercules sont moins saillants; il y a des îlots cicatriciels. Plaques du dos et des membres en voie de régression.	Hallopeau.
R. du type érysipélatoïde léger.	»	Plaques lupiques sensiblement améliorées, presque plus de nodules apparents.	Hallopeau.
Modérée; rougeur, tuméfaction suivie de desquamation.	Souffle cardiaque probablement anémique.	Plaque lupique très améliorée, nodules affaissés, un grand nombre d'îlots cicatriciels.	Hallopeau.
Assez intense; rougeur, gonflement, suintement séro-purulent.	Irrégularité du pouls.	Plaques lupiques améliorées; parties ulcérées en partie cicatrisées.	Hallopeau.
Modérée; rougeur, tuméfaction.	»	La plaque lupique a seulement un peu pâli.	Hallopeau.
Assez intense; cuisson, rougeur, tuméfaction, desquamation.	»	Plaques lupiques sensiblement améliorées; beaucoup moins de nodules saillants.	Hallopeau.

DIAGNOSTIC.	INOCULATIONS (NOMBRE, DATES, DOSES).	PHÉNOMÈNES PRINCIPAUX de la FIÈVRE D'INOCULATION.
25. — H., 50 ans. — Lupus érythémateux; face; ailes du nez, joues.	Du 4 décembre 1890 au 10 janvier 1891, 5 inj. de 3/4 de milligr. à 4 milligr.; à la 5e inj. avec 3/4 de milligr. Temp., 39°.	T. max. 40°9. Réact. gén. intenses et prolongées, de trois jours en moyenne. Céphalalgie, congestion pulmonaire, arythmie.
26. — H., 30 ans. — Lupus tuberc. multiple et multiforme des membres inférieurs, éléphantiasique, etc. Ulcérations, etc., plaques de l'hypochondre droit. Poignet, l'épaule droite.	Du 4 décembre 1890 au 19 janvier 1891, de 1/4 à 1/2 milligr., et le malade avait encore 39°4 à la 7e inj. avec 1/4 de milligr.	T. max. 40°7. Toutes les réactions très violentes; congestion pulm. rash scarlat., céphal., prostration, avec exacerbation au second jour.
27. — H., 19 ans. — Lupus tuberc. disséminé de la face, sans ulcérations actuelles.	Du 28 novembre 1890 au 26 janvier 1891, 9 inoculat. de 2 à 6 milligr. 1/2. Tolérance rapide.	T. max. 39°4. Réactions générales modérées, sueurs, courbature, albuminurie légère.
28. — H., 26 ans. — Lupus tuberc. ulcér. Nez. Joues.	Du 17 décembre 1890 au 26 janvier 1891, 8 inj. de 1 à 5 milligr. 1/2. Tolérance à la 7e inoculation.	T. max. 39°5. Réact. gén. modérée. Douleur de l'hypocondre gauche sans hypersplénie.
29. — H., 45 ans. — Lupus éryth., face, joues, oreilles, adénopathie cervicale. (Cas sujet à contest. pour le diagnostic. Eryth. pour les uns. Tuberc. pour les autres.)	Du 17 décembre 1890 au 26 janvier 1891, 6 inj. de 1/4 à 1 milligr. A la 6e inj. avec 0,001, le therm. montait encore à 39°4.	T. max. 40°8. Réact. gén. intense, prostration, vomissements, albuminurie passagère, céphalée, etc.
30. — H., 35 ans. — Lupus tuberc. non ulc. disséminé, face, cou, coude gauche.	Du 5 décembre 1890 au 10 janvier 1891, 5 inj. de 0.004 à 0.006.	T. max. 39°9. Réaction génér. très modérée. Courbature, diarrhée.
31. — H., 21 ans. — Lupus tuberc. ulcérant et végétant de la face, datant de l'âge de 11 ans, Adénopathie cervicale. Lupus repullulant malgré des traitements énergiques.	Du 28 novembre 1890 au 26 janvier 1891, 8 inj. de 1/2 à 2 1/2 milligr.	T. max. 41°3 avec 0.002. Réaction générale très intense. Céphalée, dyspnée intense, congest. pulm. coliques intestinales, endocardite.

RÉACTION LOCALE.	PHÉNOMÈNES et ACCIDENTS CONSÉCUTIFS.	RÉSULTAT DU TRAITEMENT.	MÉDECINS TRAITANTS.
Très peu intense.	Malade anémié et très amaigri.	Plaques lupiques peut-être un peu pâlies et un peu moins saillantes?	HALLOPEAU.
Très intense. Douleurs vives. Rougeur, tuméfaction, suintement abondant; péri-arthrite du poignet très intense et très douloureuse.	Malade amaigri et très prostré. Il eût été impossible de continuer; formation de tumeurs fongueuses au poignet, d'un abcès très volum. au genou gauche. Les lésions ulc. supp. abond. et sont douloureuses.	Plaques non ulcérées un peu améliorées.	HALLOPEAU.
Modérée. Rougeur, tuméfaction, desquamation.	Léger souffle à la pointe.	Tubercules moins saillants et plus pâles.	HALLOPEAU.
Assez intense. Rougeur, tuméfaction, suintement.	Amaigrissement.	Amélioration partielle; ulcérations en voie de cicatrisation sur les joues; persistent sur les ailes du nez, se sont rapidement étendues depuis la cessation des injections.	HALLOPEAU.
Modérée. Après chaque inocul., il se produisait une rougeur au niveau des inoculations précédentes.	Souffle systolique à la pointe.	Plaques lupiques moins rouges, moins indurées.	HALLOPEAU.
Très modérée. Rougeur. tuméfaction.	»	Plaques lupiques peu modifiées, un peu moins rouges?	HALLOPEAU.
Très intense. Cuisson, rougeur, tuméfaction, suintement séro-purulent, gonflement des ganglions.	Endocardite. Insuff. aortique et mitrale.	Lupus très amélioré; ulcérations en voie de cicatrisation.	HALLOPEAU.

DIAGNOSTIC.	INOCULATIONS (NOMBRE, DATES, DOSES).	PHÉNOMÈNES PRINCIPAUX de la FIÈVRE D'INOCULATION.
32. — H., 67 ans. — Lymphangiectasie tuberculeuse suppurative datant de l'âge de 47 ans; occupant les membres inférieurs; hypertrophie, ulcérations, fistules, etc., etc.	Du 5 décembre 1890 au 10 janvier 1891, 5 inj. de 1/2 à 2 milligr. 1/2.	T. max. 40°. Réaction génér. très intense, congestion pulmonaire, albuminurie, arythmie, etc.
33. — F., 18 ans. Lupus vulgaire en partie cicatriciel du nez, de la lèvre supérieure, datant de six ans.	Du 10 décembre 1890 au 26 janvier 1891, 9 inj. de 1/2 à 6 milligr. 1/2.	T. max. 38°3. Réact. génér. modérée, rash léger, céphalée, courbature, arythmie, palpitations.
34. — F., 13 ans. — Lupus tuberculeux non ulcér. en placards disséminés, sillon nasogénien, angle maxillaire, région thyroïdienne, col, oreille, partie antérieure de l'aisselle droite, région rotulienne à droite.	Du 3 décembre 1890 au 26 janvier 1891, 10 injec. de 0.001 à 0.007. Tolérance à la 6e inject.	T. max. 39°6. Réaction générale toujours modérée. Douleurs d'oreilles.
35. — F., 17 ans. — Lupus vulgaire du nez et de la lèvre supérieure ayant débuté dans la cavité nasale, en grande partie cicatriciel avec nodules tuberc.	Du 3 décembre 1890 au 25 janvier 1890, 9 inj. de 0.002 à 0.008 milligr. Tolérance à la 6e inj.	T. max. 39°6. Réaction générale toujours faible et sans incidents.
36. — H., 15 ans. — Lupus tuberculeux vulgaire disséminé; commissure labiale gauche, placard ulcéreux, végétant, envahissant la muqueuse; placard végétant à la région lombaire, etc.	Du 10 décembre 1890 au 15 janvier 1891, 7 inj. de 0.001 à 0.002.	T. max. 39°6. Phénomènes génér. variés, assez sérieux pour faire abandonner le traitement à la 7e injection.
37. — H., 18 ans. — Lupus vulg. du centre de la face. Sommets des poumons suspects.	Du 3 au 10 janv. 1891, 3 inj. de 0.001 à 0.002.	T., à chaque inject. 40°; *max.*, 40°2. Phénom. génér. intenses, albuminurie, râles sous-crépitants aux deux sommets.
38. — H., 15 ans. — Lupus tuberculo-ulcérant du nez et des cavités narinaires.	Du 30 décembre 1890 au 19 janvier 1891, 4 inj. de 1 à 1 milligr. 1/2.	T. max. 40°2. Phénomènes génér. intenses; prostration, abaissement persistant de la pression sanguine.

RÉACTION LOCALE.	PHÉNOMÈNES et ACCIDENTS CONSÉCUTIFS.	RÉSULTAT DU TRAITEMENT.	MÉDECINS TRAITANTS.
Peu prononcée. Tuméfaction douloureuse des nodules.	Amaigrissement et prostration. Abcès très volumineux de la cuisse (fièvre); craquements humides au sommet du poumon droit où il n'y avait pas de lésion constatée antérieurement.	Diminution du volume des membres, quelques fistules fermées, lésions un peu améliorées.	HALLOPEAU.
Modérée. Cuissons, rougeur et tuméfaction légères.	Traitement bien supporté.	Résultat à peu près nul.	TENNESON.
Modérée.	»	Le traitement a eu pour effet d'isoler les tubercules lupiques qui tranchent aujourd'hui nettement sur la peau saine. Autour d'eux il n'y a plus ni rougeur, ni tuméfaction œdémateuse.	TENNESON.
Modérée.	Traitement bien supporté.	Dix inoculations progressivement augmentées n'ont amené aucune action locale notable, et aucun résultat curatif manifeste.	TENNESON.
Assez vive. Cuisson, rougeur, tuméfaction, suintement.	Pendant la durée des inoculat. amaigrissement de 3 livres et demie. Altération de l'état général, qui tend à disparaître depuis la cessation des injections.	Les parties végétantes sont un peu affaissées, plus sèches. Résultat très inférieur à celui qu'aurait donné dans le même temps le traitement ordinaire.	TENNESON.
Assez vive.	»	Résultat à peu près nul. Traitement abandonné à cause des phénomènes pulmonaires, et de l'altération générale de la santé produits à chaque inoculation.	TENNESON.
Assez vive. Tuméfaction, croûtes, suintement.	Dépression et anémie se réparant lentement.	Réduction du volume, et atténuation des lésions.	QUINQUAUD.

Mais, ce que mon tableau synoptique est insuffisant à rendre, et ce que nulle lecture ne saurait faire bien comprendre, ce que je m'étonne de voir dans tant de publications exposer d'un cœur léger, ce sont les souffrances cruelles et inutiles que beaucoup de nos malades ont éprouvées. Ceux qui ont pénétré dans nos salles, un jour d'inoculation en série, six à huit heures après l'injection, quand le traitement, récemment commencé, ne portait pas sur des sujets déjà arrivés à la période de tolérance, n'oublieront jamais ce spectacle; et s'il est un médecin qui, ayant soumis, lui-même, ses malades à ces épreuves douloureuses, a contemplé tout cela sans une émotion profonde, j'admire son courage sans partager sa résignation.

C'est pour nous un grand soulagement de conscience de pouvoir vous dire qu'aucun de nos cinquante inoculés n'a succombé; les soins dont ils ont été entourés, la surveillance incessante qui a été exercée par nos admirables religieuses, par nos élèves et par nos gens de service, ont seuls assuré ce résultat; car, nous avons aussi le devoir de le dire, malgré l'attention extrême que nous avons apportée à suivre les indications de chaque cas particulier, à espacer les inoculations, à n'administrer que de faibles doses, plusieurs de nos malades ont été en péril de mort, et quelques-uns conservent, aujourd'hui encore, des preuves matérielles trop manifestes de l'action redoutable du remède.

III. Deux faits dominent l'histoire thérapeutique de la lymphe tuberculeuse appliquée aux tuberculoses tégumentaires. D'une part, l'insuffisance (trop certaine en dépit de ce que l'on a pu dire ou de ce que l'on dira encore) de l'action locale; sa diminution progressive au cours des inoculations, malgré l'élévation des doses; enfin sa cessation plus ou moins rapide, mais inévitable. D'autre part, l'intensité des phénomènes généraux, la gravité de l'atteinte portée à la vitalité chez quelques malades, les localisations graves sur les viscères en général et sur le système circulatoire en particulier, enfin le péril de mort, même avec des doses faibles, et à la première inoculation aussi bien que dans la série.

L'action locale, la localisation élective, ce que l'on a appelé la réaction locale, mérite d'être examinée de près; elle n'est pas à mon sens ce que l'on paraît généralement croire, c'est-à-dire produite par l'action directe de la toxine tuberculeuse.

Celle-ci, en effet, à une dose aussi élevée qu'on le voudra, ne détruit jamais le bacille dans quelque milieu que ce soit; elle n'est, en aucune manière, parasiticide, bacillicide; elle n'est pas davantage apte à stériliser les tissus dans lesquels il végète, à quelque dose qu'on l'y introduise; injectée au niveau même d'une plaque de lupus, elle ne l'actionne pas davantage qu'elle n'irrite la peau vague et saine, le tissu cellulaire, ou le muscle dans lesquels on l'introduit.

Non seulement l'injection localisée n'a pas d'effet local ni suspensif stérilisant, mais encore elle est peut-être de nature à favoriser le processus tuberculeux. Sur un petit malade qui porte dans le tableau sypnotique le numéro 12 et qui est couché au numéro 17 de la salle Devergie, une plaque de lupus au niveau de laquelle a été pratiquée une injection est, de toutes celles qu'il porte, la plus floride aujourd'hui, quelques semaines après l'inoculation.

Dans la théorie de Koch, la toxine bacillaire amenée dans le lupus par la circulation générale se joint à la toxine péribacillaire qui y existe déjà, et acquiert ainsi une énergie assez grande pour amener la nécrobiose du néoplasme tuberculeux. Non seulement cette théorie ne se soutient pas en présence de la nullité d'action des toxines tuberculeuses introduites en nature au niveau du lupus, mais elle devient tout à fait paradoxale si l'on veut bien remarquer que l'action locale de la lymphe va en diminuant au fur et à mesure qu'elle pénètre plus souvent en plus grande quantité, ce qui est inadmissible si cette action est purement d'origine toxinique.

Ce que l'observation clinique montre sûrement, c'est la production d'une irritation locale de nature exsudative avec tendance secondaire à l'atrophie, à la cicatrisation dans les jours qui suivent la chute du processus, mais tendance éphémère qui ne tarde pas à faire place à une revivification des nodules tuberculeux, probablement plus active qu'auparavant.

L'observation du petit malade que j'ai cité tout à l'heure n'a pas la valeur d'une démonstration absolue, car je n'ai pu transformer le lit d'hôpital en laboratoire d'expérience, mais il emprunte sa confirmation à ce fait aujourd'hui établi que la toxine du bacille tuberculeux n'est en aucune manière un obstacle à sa germination, et qu'elle n'a aucune valeur vaccinante, aucune action spécifique sur les tissus tuberculeux en évolution ni immédiatement ni consécutivement. Sans mettre à contribution les observations capitales de Virchow sur la tuberculose viscérale, nous savons déjà surabondamment, par nos observations, que le tubercule lupique proprement dit n'est pas attaqué par la lymphe de Koch. Non seulement nous avons retrouvé chez nos inoculés tous les tubercules qu'ils avaient auparavant, mais encore une série de nouveaux qui ont évolué pendant les inoculations, et qui se multiplient, celles-ci cessées, à la faveur du renouveau que leur cessation a apporté dans l'économie entière.

IV. C'est seulement plusieurs heures après l'inoculation, quand la température générale, d'abord abaissée, se relève et dépasse la normale ; quand s'est produite l'altération du sang et des humeurs, que se manifeste l'irritation locale des tuberculoses externes. Si l'on veut bien remarquer que, pendant ce temps, la quantité infinitésimale de toxine inoculée a dû passer par la circulation générale et

par les viscères hématopoïétiques; qu'elle a dû y subir une dilution qui atteint les limites de l'invraisemblance dans les masses relativement énormes de liquides et de solides traversées, on comprendra difficilement, à moins de dépasser les conceptions de la doctrine homœopathique, que ce soit par action directe que la toxine a agi sur le lupus.

Le phénomène se comprendrait aisément si l'on avait introduit dans la circulation générale un élément fermentescible qui puisse en multiplier l'action par son évolution dans les liquides de l'organisme; mais il s'agit ici, non pas d'un ferment, mais d'une toxine presque cristallisable, pure, stérilisée absolument, et qui ne peut être multipliée que par l'addition d'autres toxines et non par autogénèse.

Si encore l'inoculation ne produisait rien autre que cette action locale sur les tissus tuberculeux, l'on pourrait admettre, sans comprendre pourquoi, qu'elle s'accumule en entier dans les tissus tuberculeux et non dans tous les néoplasmes. Mais il n'en est rien; avant l'irritation du lupus, ou en même temps qu'elle, et quelquefois sans elle, on voit apparaître dans les mêmes délais les altérations vitales les plus variées, la fièvre, l'hyperthermie, les lésions du sang, leucocytose, diminution des hématies, de l'hémoglobine, etc., les éruptions cutanées, les endocardites, la congestion des poumons, de la rate, des reins, l'hématurie, l'albuminurie, les arthropathies, et les mille névrodynies cruelles, qui éclatent sur un grand nombre de points qui ne sont certainement pas tuberculisés, et même sur des organes en simple congestion physiologique, tels que les ovaires chez les femmes inoculées pendant la période menstruelle même à peine commencée, ou à sa terminaison.

L'action de la toxine sur les centres n'est-elle pas ici de toute évidence, et n'est-ce pas elle qui préside à la série entière des phénomènes qui constituent la fièvre de Koch?

Cependant, en dépit de ces considérations, nous ne dissimulons pas qu'il reste un point discordant dans le fait de la réceptivité spéciale des sujets tuberculeux, du tissu tuberculeux et du système nerveux central de ces sujets.

Comment comprendre l'inactivité de la toxine en dose massive sur le tuberculome, et son action sur le tuberculome et sur tous les organes et tissus du tuberculeux, quand elle a été diluée à l'infini dans la masse du sang et des humeurs?

Ce sont là des questions auxquelles personne n'est en mesure de répondre, car personne ne connaît encore assez l'hématochimie ni la chimie des toxines pour parler ferme en ces matières.

Ce sont là des questions qui doivent être reportées au laboratoire d'expérimentation sur les animaux, où la méthode entière doit être

ramenée pour un supplément d'information. C'est là, et non sur les malades, que l'on pourra faire toutes les recherches nécessaires, parmi lesquelles l'inoculation du sang des animaux inoculés avec la tuberculine, recueilli pendant la période de préparation et de réaction.

V. Quoi qu'il en puisse être, ce qu'il importe à présent de constater pour revenir à l'observation clinique, c'est que la localisation de la fièvre éphémère de Koch sur les tissus tuberculisés, très variable en forme et en intensité, est généralement, sur les lupus cicatriciels ou fermés, du type érythémateux, érythémato-squameux, érysipélatoïde, ressemblant alors, à ne pas pouvoir l'en distinguer, aux poussées de lymphodermite à répétition qui se produisent si fréquemment, sans raison connue, au niveau de toutes les tuberculoses cutanées. Sur les lupus ouverts, la réaction est plus manifeste et elle s'accompagne de suintement séreux, de formation de croûtes, de gonflement œdémateux, il est exceptionnel que pareille chose se produise sur un lupus fermé.

Sur tous les lupus, et surtout sur les lupus ouverts, la réaction peut être intense, mais jamais il ne nous a été donné de l'observer sur aucun de nos inoculés, ayant atteint le degré de violence signalé par quelques observateurs, et produisant des nécroses et des pertes de substance considérables. C'est là un fait de constatation sur lequel il n'y a pas à discuter, et dont la mise au point se fera nécessairement un peu plus tard.

Dans tous les cas, quelle qu'ait été l'intensité de l'action locale, ce n'est jamais qu'un orage; peu de jours ont toujours suffi pour en amener l'extinction, sauf dans les cas où l'inoculation a déterminé, dans les ganglions ou les tissus périarticulaires, des phlegmons dont l'évolution suit le cours ordinaire.

L'orage apaisé, ce que l'on constate, c'est une réduction plus ou moins accentuée de la masse pathologique, une diminution dans la vascularité des tissus perituberculeux, de l'atmosphère des tubercules proprement dits, puis un certain aplanissement des surfaces, quelquefois une tendance cicatricielle manifeste, mais extraordinaire seulement pour ceux qui n'ont pas observé longtemps et attentivement le processus lupique normal. Quoi qu'il en soit, ces phénomènes d'inhibition périlupique, d'affaissement, de réduction, d'appauvrissement, sont acquis; ils sont très remarquables chez quelques malades, mais ils peuvent se produire à l'extrême sans que le tubercule lui-même soit détruit. L'observation qui, dans notre tableau synoptique, porte le n° 34, et qui appartient à notre savant collègue, M. Tenneson, en offre un exemple des plus remarquables.

Ces réductions partielles ou les réductions en masse ne sont pas

toujours proportionnelles à l'intensité de la réaction apparente; on les observe particulièrement à la lèvre supérieure ou dans les points où le volume de la lésion, prise dans son ensemble, est plus ou moins accru par l'œdème lymphatique chronique, si accentué chez quelques malades.

Si ces phénomènes se produisent sur un lupus occupant une cavité, comme les fosses narines ou nasales, après une période de suintement et de formation de croûtes, il se fait un soulagement, dont le patient se félicite hautement, car il retrouve pour quelque temps la perméabilité des voies précédemment obstruées.

Sur les muqueuses buccale, pharyngée et laryngée, mêmes phénomènes, d'ordinaire moins accentués : congestion, tuméfaction, puis réduction relative. Mais, ici comme là, le plus ordinairement, l'état antérieur ne tarde pas à se rétablir, et il est évident qu'aucune action profonde n'a été effectuée. En vain les inoculations sont-elles réitérées, et l'action inhibitoire de chaque localisation est-elle accumulée, celle-ci s'atténue rapidement alors même qu'elle a été très active, puis cesse complètement, laissant les lésions dans l'état antérieur, exceptionnellement plus accentuées, quelquefois réellement atténuées; mais dans aucune de nos observations l'amélioration n'a été assez éclatante pour être considérée comme une guérison, même temporaire. Parmi ceux de nos malades atteints de lupus ulcéreux, qui ont le mieux bénéficié du traitement, et dont mon savant collègue et ami M. Hallopeau va vous parler dans un instant, il n'en est pas un seul de guéri; et le peu de jours qui se sont écoulés depuis la fin des inoculations ou depuis l'établissement de la tolérance suffit pour témoigner que l'amélioration produite n'est que temporaire.

Sur aucun de nos inoculés, nous n'avons pu obtenir la cicatrisation des cavernes lupiques qui persistent en arrière de l'orifice narinaire atrésié ou non, et que nous retrouvons dans l'état où elles étaient avant les inoculations.

Pour plusieurs de nos inoculés, pour la majorité, la tolérance a été atteinte, et l'action ne se produit plus. L'expérimentation se trouve, *de fait*, close.

Bien que nous ayons systématiquement eu recours aux petites doses, et que nous ayons écarté les inoculations, nous sommes arrivés, dans la plupart des cas, à épuiser l'action locale sur les tuberculomes. En vain d'autres ont-ils essayé d'élever les doses et de précipiter les injections, le même phénomène se produit; la tolérance s'établit, par malheur, avant la guérison. Le malade de la clinique de von Bergmann, qui, à la dixième injection faite avec 8 centigrammes, ne réagissait plus et avait encore des nodules lupiques, n'est pas plus guéri que ceux de nos malades qui ne réagissent plus à la cinquième ou à la sixième injection, bien que nous n'ayons jamais injecté plus

de 8 milligrammes à la fois, et le plus habituellement une dose beaucoup moindre. Cependant, a-t-on dit, cette tolérance n'est peut-être que momentanée, et il n'est pas impossible que, dans quelques semaines, le cycle puisse être recommencé. Mais alors, et surtout si le délai se prolongeait, nous ne serions pas dans de meilleures conditions qu'au début, car de nouveaux tubercules auraient reparu, et cela d'autant plus rapidement que l'état général se serait relevé. C'est une impasse.

VI. En résumé, au cours de la fièvre d'inoculation, il se produit dans les néoplasmes tuberculeux, ainsi que dans leur atmosphère immédiate, une irritation de type et de degré variables, mais dont la meilleure représentation est donnée par les poussées érysipélatoïdes spontanées, si communes dans le lupus vulgaire. Dans aucun cas, même dans les plus intenses, cette irritation n'a atteint le degré, ni la durée de l'érysipèle vrai. A la suite de ces phlegmasies éphémères, mais réitérées, dans un court espace de temps, on voit se produire, comme à la suite des poussées érysipélatoïdes, des affaissements plus ou moins accentués, des ébauches de cicatrisation, ou même des cicatrisations, un processus de résolution dans l'atmosphère congestive du lupus ; mais les tubercules proprement dits, les éléments essentiels et spécifiques de la maladie, restent stationnaires, ou même augmentent et se multiplient comme s'il ne s'était rien passé.

Quelques auteurs ont comparé l'action locale de la fièvre de Koch sur le lupus à celle que produit un érysipèle intercurrent envahissant le territoire du lupus ; cette comparaison n'est pas fondée. Même dans les cas où elle est le plus intense, la réaction locale de la fièvre phymatique n'atteint jamais les proportions, ni ne revêt les caractères de l'érysipèle vrai, ni dans la forme, ni dans la durée. L'érysipèle vrai, lorsqu'il atteint le lupus, ce qui est toujours rare et ce qui le devient plus encore dans les conditions nosocomiales nouvelles si heureusement faites par l'asepsie chirurgicale, et la séparation des malades atteints d'érysipèle, l'érysipèle vrai, en une seule atteinte, met le lupus dans un état de guérison apparente plus avancée qu'elle ne l'est chez aucun de nos cinquante inoculés. Mais même à la suite de l'érysipèle vrai, comme après les érysipélatoïdes de tout ordre, la repullulation est la règle à laquelle je n'ai pas trouvé d'exception.

VII. Il serait superflu, je pense, d'insister davantage ; je crois avoir jusqu'à satiété reproduit sous toutes ses formes l'expression de cette constatation que, sous l'action de la fièvre d'inoculation, le lupus subit parfois une action inhibitoire ou suspensive due aux modifications circulatoires et vasculaires, qui s'opèrent dans les néoplasmes tuberculeux, mais que ces modifications favorables sont incomplètes, insuffisantes, quelque dose du médicament que l'on emploie et quelque réitérées que soient les inoculations.

Sur aucun de nos inoculés, nous n'avons obtenu un résultat supérieur ni même égal à celui que nous aurions réalisé par nos moyens ordinaires de traitement dans les mêmes délais. A la vérité, la plupart de ces moyens ont l'inconvénient grave d'être douloureux, mais ces douleurs, même en supposant que nous ne sachions pas les atténuer, sont certainement une bien petite chose à côté des affres et des douleurs de la fièvre de Koch. Voyez, comme exemple, la malade qui est couchée salle Alibert au n° 7, atteinte de lupus du centre de la face, de gommes multiples des membres, et de coxalgie. La commission a trouvé sa situation trop critique et trop compromise pour la soumettre aux inoculations. Or, depuis le 26 janvier seulement, le lupus et les gommes ont été soumis au traitement topique et mécanique; les gommes sont très avancées en cicatrisation; l'état général est entièrement relevé, et aucun de nos lupus inoculés n'est aussi avancé en guérison que celui-là.

VIII. Dès à présent, les chirurgiens comme les dermatologistes reconnaissent que le secours de la chirurgie est nécessaire ou mieux que l'inoculation des toxines tuberculeuses n'a son action pleine qu'à la condition d'avoir été précédée par l'emploi des autres moyens de traitement.

En effet, si l'on rugine le lupus, qu'on le traite par la cautérisation ignée, ou par les cautérisations, ou encore qu'on mette sa surface à nu en irritant sa masse entière par la vésication, l'application d'un emplâtre pyrogallique, résorciné et créosoté, comme nous le faisons, on obtiendra même avec de petites doses des actions locales infiniment supérieures en intensité et en résultat curatif aux injections simples de lymphe tuberculeuse.

IX. Mais je ne veux pas abuser de votre attention bienveillante, et je conclus :

Dans les tuberculoses tégumentaires en général, et en particulier dans toutes les espèces, formes et variétés de la tuberculose lupique, l'inoculation de l'extrait glycériné des cultures sèches et pures du bacille de Koch produit une action locale dont l'effet le plus prochain est une réduction temporaire de masse, une atténuation momentanée des tissus tuberculisés.

Très notable dans toutes les formes ouvertes du lupus de Willan, elle diminue dans les variétés fermées, elle s'abaisse encore dans les formes sèches, scléreuses, fibreuses; elle atteint son minimum dans le lupus de Cazenave, dont toutes les variétés sans exception sont sèches et fermées.

Dans toutes ces formes, elle peut être considérablement accrue par l'emploi simultané de tous les procédés thérapeutiques, qui mettent le lupus à ciel ouvert ou qui l'irritent profondément.

Sous le rapport curatif, cette action du remède, même répétée

jusqu'à tolérance, est insuffisante pour amener la guérison dans l'immense majorité des cas; elle n'est ni supérieure, ni même égale, dans ses résultats, aux procédés de traitement ordinaire dont nous disposons actuellement.

X. Mais, dans les cas sans exception, quelque faible que soit la dose de toxine injectée, l'action locale ne peut être obtenue sans produire une fièvre éphémère, mais d'intensité impossible à prévoir et qui, même avec les petites doses, même à la première injection, peut causer la mort du malade.

Dans les cas même où le danger n'atteint pas ces limites, le malade est toujours exposé à des accidents graves et prolongés ou définitifs, particulièrement du côté du système circulatoire, du cœur, du cerveau et des reins, et à la mise en action funeste de foyers tuberculeux jusque-là latents, et qui auraient pu rester latents si l'inoculation n'avait pas été pratiquée.

Dans ces conditions, je ne me considère pas comme autorisé à continuer une expérimentation dont j'ai accepté la pleine responsabilité jusqu'à démonstration. Mais, aujourd'hui, ma conviction est établie; je ne crois plus que le médecin soit autorisé à inoculer à l'homme les extraits des toxines de la tuberculose, et je ne pratiquerai plus d'inoculations. En agissant ainsi, je crois simplement me conformer aux traditions d'humanité et de respect de la vie humaine qui sont une des gloires les plus pures de la médecine française.

Communication de M. Hallopeau.

N'est-il pas trop tard pour parler encore de la lymphe de Koch? Tout n'a-t-il pas été dit sur ses bienfaits et ses méfaits? L'hostilité que lui oppose aujourd'hui l'opinion publique, et qui contraste si étrangement avec l'engouement des premiers jours, ne doit-elle pas d'ores et déjà la faire considérer comme définitivement condamnée? A notre sens, la question mérite encore d'être discutée ; l'accord est, en effet, loin d'être complet à cet égard entre les médecins : tandis que, d'un côté, plusieurs de nos maîtres les plus éminents en proscrivent éloquemment l'emploi, nous voyons, d'autre part, le professeur Kaposi, dont personne ne conteste la haute compétence, s'opposer à son abandon et conseiller de continuer à l'utiliser, au moins dans certaines formes de lupus; MM. Neisser et Ewald disent en avoir obtenu des résultats qu'ils considèrent comme favorables; MM. Grasset et Estor émettent l'opinion que la méthode de Koch ne peut pas pas produire d'accidents chez les sujets atteints de tuberculose cutanée ou chirurgicale, si elle est appliquée convenablement et si l'on tient compte des contre-indications; enfin Koch lui-même, dans une note récente, affirme qu'après un mois et demi d'études sur 150 malades atteints de tuberculoses variées, il a vu les faits qu'il avait primitivement annoncés se confirmer pleinement et qu'il n'a rien à changer à sa communication antérieure : en présence de telles divergences, nous ne croyons pas inutile de faire connaître plus en détail les résultats de nos observations personnelles.

Seize malades de notre service ont été traités du 28 novembre au 26 janvier par les injections de lymphe de Koch ; 8 d'entre eux étaient atteints de lupus vulgaire non ulcérés, 3 de lupus ulcérés, 1 de lymphangiectasie tuberculeuse suppurative, 1 de lupus érythémato-tuberculeux, 1 de lupus érythémateux, 2 de lèpre.

Nous laisserons systématiquement de côté, dans nos observations, les phénomènes, aujourd'hui banaux, de réaction locale et générale qui ont été signalés par tous ceux qui ont employé la lymphe; il nous suffira d'en faire ressortir les faits qui sont en contradiction avec les propositions formulées par Koch, et d'en tirer des conclusions relativement à la valeur thérapeutique de la médication :

1° *Koch conseille d'injecter, chez les lupiques, comme dose initiale, un centième de centimètre cube de sa lymphe.* — Sur la foi de son expérience, et désireux d'avoir une réaction beaucoup moindre que celle qu'il indiquait, nous nous sommes arrêtés, pour nos deux premiers lupiques, à la dose de deux millièmes : or, l'un d'eux a atteint, le lendemain de l'injection, une température de 41°3 ; depuis lors, nous avons reconnu qu'un demi-millième suffit souvent à élever la tempé-

rature à plus de 40 degrés, et nous avons obtenu, chez plusieurs sujets, une réaction suffisante avec un quart de millième; cette dernière dose est celle à laquelle on devrait toujours se restreindre au début chez les sujets qui sont atteints de lupus ulcérés sur une vaste surface; *la dose indiquée par Koch est donc de* 10 *à* 20 *fois trop élevée*.

2° La *durée* de l'accès que provoque l'injection est, d'après Koch, de douze à quinze heures; *nous l'avons vue souvent se prolonger pendant quarante-huit heures* et quelquefois au delà; il n'est donc pas toujours éphémère, et, pour peu qu'il soit intense, on doit en tenir grand compte au point de vue de l'action nocive du liquide.

3° *Koch assure que les malades supportent bien l'accès fébrile* et que, dès qu'il est passé, ils se sentent mieux qu'avant sa production : *or, ceux de nos malades qui ont réagi avec intensité ont, contrairement à cette proposition, accusé pour la plupart les sensations les plus pénibles* et, particulièrement, un abattement profond, des douleurs dans les membres et souvent aussi dans les flancs et à l'épigastre, de l'insomnie; chez plusieurs sujets, ces sensations ont persisté pendant plusieurs jours; elles se sont produites aussi chez des malades qui ne présentaient qu'une réaction d'intensité moyenne; un de nos lépreux a été en proie, à deux reprises, pendant plusieurs heures, à de violents frissons; tous nos malades ont pâli, et plusieurs d'entre eux sont restés dans un état d'anémie très prononcé.

4° *On peut, d'après Koch, injecter le liquide à doses rapidement croissantes : nos faits montrent qu'il est loin d'en être toujours ainsi.* — Le nommé Jules P..., atteint d'un lupus éléphantiasique ulcéré du tronc et des membres, a reçu six injections d'un demi-millième ; or la sixième a fait monter sa température à 40°2, alors qu'à la première elle ne s'était élevée qu'à 39°8. Chez le nommé Steig..., atteint d'un lupus érythémato-tuberculeux, deux injections d'un millième ont fait monter le thermomètre à 40°5; une troisième injection d'un demi-millième l'a fait monter à 40°8. Il a fallu abaisser la dose à un quart de millième pour limiter à 39 degrés l'ascension thermique. Le nommé Jules Gr... est monté à 40 degrés avec un demi-millième, après avoir atteint 41°3 et 40°2 avec deux premières injections de deux millièmes. *Il résulte de ces faits que la tolérance peut être longue à s'établir.*

5° *Koch attribue à son liquide une action élective sur les lésions tuberculeuses.* — Nous n'avons pu contrôler que dans une faible mesure ce qu'il dit à ce sujet, car nous nous sommes abstenu, de parti pris, de toute injection chez des malades atteints d'autres dermatoses que les lupus et les différentes formes de tuberculose locale; nous n'avons fait exception que pour deux cas de lèpre, en raison des faits favorables publiés à l'étranger ; or, chez l'un de ces lépreux, une injection de 2 millièmes a provoqué, en même temps qu'une réaction des

plus pénibles et une ascension thermique à 39 degrés, la tuméfaction de tubercules lépreux localisés aux jambes, et, dans ces mêmes parties, des douleurs intenses qui ont persisté pendant plusieurs jours, en privant le malade de sommeil. *Ce fait vient s'ajouter à ceux qu'a mis en relief M. Verneuil pour établir que cette proposition de Koch n'est pas admissible.*

6° Enfin *Koch explique les effets de son liquide par l'action d'une substance nécrosante qui altérerait certains éléments histologiques;* il est possible qu'il en soit ainsi, mais ce n'est là cependant qu'une hypothèse; la seule conclusion que l'on puisse tirer des faits observés, c'est que *le liquide de Koch est un agent pyrétogène et phlogogène* d'une grande puissance; *à ces deux titres, il peut donner lieu aux plus graves accidents.*

L'action phlogogène s'exerce en toute évidence sur les foyers lupiques, mais elle ne leur est pas circonscrite.

Chez Jules Gr..., nous avons vu se produire, le lendemain d'une injection, une *éruption de pustules disséminées sur le tronc.*

Chez le même malade, *il s'est développé une endocardite que nous sommes en droit de rapporter à l'action phlogogène de la lymphe;* nous avons en effet constaté chez lui, quinze jours après la première injection, l'existence de bruits de souffle systoliques et diastoliques à la pointe et à la base; le bruit systolique de la base a pris, depuis lors, un caractère rapeux; or nous avions ausculté le malade avant de lui pratiquer la première injection et nous ne nous étions décidé à le choisir pour lui faire subir le traitement de Koch qu'après nous être assuré que son cœur était intact; nous avons noté à ce moment, dans l'observation, qu'il n'y avait rien au cœur; d'autre part, ce malade, atteint d'un lupus végétant des plus rebelles, avait été chloroformé vingt fois depuis un an pour faciliter les cautérisations avec le thermo-cautère; or, nous avons pour règle absolue de ne jamais donner le chloroforme qu'après nous être assuré que le cœur n'est pas malade; enfin nous avons pu reconnaître, pendant les semaines qui ont suivi la constatation des bruits anormaux, la production de changements considérables dans les caractères de ces bruits et dans le volume du cœur, ce qui est bien en rapport avec l'idée d'une maladie d'origine récente et en voie d'évolution : *Jules Gr... a donc contracté, sous l'influence du traitement de Koch, une endocardite qui s'est traduite par la production d'une insuffisance mitrale et aortique. avec rétrécissement aortique.*

On peut s'expliquer cette complication par la violence de la réaction qui a atteint chez lui, après la première injection de 2 milliêmes, le chiffre de 41°3.

Aucun autre malade n'a présenté de complications aussi nettement caractérisées du côté du cœur, mais, chez plusieurs, il y a eu

lieu de penser que cet organe a été touché; chez la nommée Fisc..., nous constatons l'existence d'une notable arythmie cardiaque; chez L..., le pouls est devenu très irrégulier; chez Bel..., les battements du cœur et du pouls ont présenté un très notable affaiblissement à la suite de chaque injection; chez Vil... et chez Armand G... nous notons également des inégalités et des irrégularités dans les battements du cœur; chez chacun de ces malades nous nous étions assuré, avant de commencer le traitement, que le cœur était intact.

Il résulte de ces faits que l'*action phlogogène de la lymphe de Koch peut s'exercer sur l'endocarde, et sans doute aussi sur le myocarde, et donner lieu ainsi à des lésions indélébiles.*

Parmi les accidents que peut entraîner cette action phlogogène, nous devons encore mentionner la production d'abcès volumineux : chez L..., dont nous avons publié récemment l'observation avec M. Goupil, sous le titre de *lymphangiectasie suppurative d'origine tuberculeuse*, une collection purulente, située à la partie interne de la cuisse gauche, a pris un développement considérable en même temps qu'elle devenait douloureuse et que l'état général subissait une aggravation telle que nous avons pu craindre, pendant quelques jours, une issue fatale; le malade n'avait cependant reçu, du 5 décembre au 10 janvier, que cinq injections, la première d'un demi-millième, les autres d'un millième et demi et la dernière ascension thermométrique n'avait été que de 39 degrés.

Chez Jules P..., atteint de nombreux foyers lupiques très étendus du tronc et des membres et dont nous avons communiqué l'observation en 1889 aux réunions cliniques de l'hôpital Saint-Louis, la septième injection n'avait été que d'un quart de millième et le thermomètre n'était monté cette fois qu'à 39°4; néanmoins, il s'est développé, trois jours après, une tuméfaction douloureuse du poignet droit avec nouvelle réaction fébrile; les ulcérations préexistantes se sont agrandies; une collection purulente s'est produite; peu de jours après, un autre abcès s'est formé, sans cause appréciable, au pourtour du genou gauche; cet abcès a atteint des proportions considérables; son volume égalait celui d'une tête de fœtus; après avoir été ouvert avec les précautions antiseptiques, il est actuellement en voie de guérison; depuis plus d'un an que nous suivions ce malade, rien de semblable ne s'était produit: *ici encore il faut invoquer, sans aucun doute, l'action nocive de la lymphe de Koch.*

Les dangers que fait courir aux malades le traitement de Koch ont malheureusement été déjà trop bien mis en évidence par les nombreux cas de mort qui sont survenus à l'étranger. Les premiers faits qui ont été publiés à Berlin permettaient de prévoir que ces dangers se produiraient si l'on employait les doses primitivement indiquées par Koch; ils montraient, en effet, que les injections don-

naient lieu souvent à une hyperthermie s'élevant à plus de 41° ; on sait, de longue date, que l'organisme humain ne supporte pas impunément de pareilles élévations de température, et une médication qui n'agissait qu'en les provoquant à plusieurs reprises était condamnée d'avance; l'on devait *a priori* repousser la mise en usage de ce traitement, s'il ne devait être actif qu'à ce prix. C'est dans le but d'éviter ces réactions trop intenses que nous avons constamment employé des doses très inférieures à celles que Koch avait indiquées comme les mieux appropriées, et si, néanmoins, nous avons plusieurs fois provoqné des hyperthermies, c'est parce que les premières publications faites en Allemagne sur ce sujet nous avaient induit en erreur; nous ne pouvions nous douter qu'en employant, chez des lupiques, des doses vingt fois moindres que celles qui étaient conseillées, nous ferions monter la température à près de 41°.

Instruit par nos expériences personnelles et par celles de nos collègues, nous sommes arrivé à ne plus produire que des réactions modérées, en prenant pour dose initiale, suivant les cas, un demi-millième ou un quart de millième et en n'élevant ultérieurement la dose que si la température n'atteint pas 39°.

Mais *la médication, même ainsi restreinte, est-elle inoffensive ? Malheureusement, non :* c'est avec elle que nous avons vu se produire, chez deux de nos malades, ces suppurations assez abondantes pour mettre en péril leur existence et les rendre cachectiques; chez d'autres, l'arythmie cardiaque; chez d'autres, un état d'anémie profonde, donnant lieu encore aujourd'hui, seize jours après la cessation du traitement, à des bruits de souffle intenses à la pointe et à la base du cœur, aussi bien que dans les vaisseaux du cou.

Ces injections si dangereuses sont-elles du moins efficaces ? Une violente réaction locale liée elle-même à une violente réaction générale paraît être la condition prochaine des résultats merveilleux obtenus en Allemagne; nous ne les avons vus se produire que chez notre premier malade, Jules Gr... : son lupus de la face, ulcéreux et végétant, traité en vain depuis quatre ans, d'abord, par M. Lailler, puis par nous, par de profondes cautérisations avec le thermo-cautère, s'est très notablement affaissé après la première injection pratiquée dans notre service, sous les yeux de la commission, avec la lymphe que notre collègue M. Péan avait bien voulu mettre à notre disposition; bientôt, sous l'influence de nouvelles injections, sa surface est devenue presque complètement lisse en même temps que les ulcérations se cicatrisaient dans la plus grande partie de leur étendue; mais la guérison est loin d'être complète; on distingue encore de nombreux tubercules intra-dermiques; il reste des parties ulcérées; les dernières injections n'ont plus produit qu'une très faible réaction générale et locale et déjà la plaque lupique recommence à végéter.

L'emploi de la lymphe de Koch, à doses modérées, amène souvent une notable amélioration : les tubercules s'affaissent et pâlissent, les ulcérations se cicatrisent partiellement, les orifices fistuleux se ferment, mais il y a loin de là à la guérison; au bout d'un certain temps, la tolérance s'établit et les malades ne réagissent plus; le lupus présente une nouvelle période d'accroissement.

Les lupus ulcérés ne paraissent pas être plus favorablement modifiés par le traitement que les autres : le nommé Armand G..., a reçu, du 17 décembre au 22 janvier, 7 injections : la dernière était de 4 millièmes et demi; les ulcérations lupiques qu'il présentait aux narines ont persisté et, depuis que le traitement a été interrompu, elles se sont étendues dans des proportions considérables, comme si la maladie avait pris une nouvelle activité.

L'amélioration la plus notable s'est produite chez une de nos anciennes malades qui a été traitée, à l'hôpital Laënnec, par M. le professeur Straus : elle a reçu, du 6 décembre au 14 janvier, 18 injections avec des doses qui ont varié d'un quart de millième à un centième; à partir de la neuvième, qui a été de deux millièmes, la réaction générale a été à peu près nulle; ce lupus avait été antérieurement très favorablement modifié par un traitement prolongé avec le thermo-cautère; il restait néanmoins, lors de l'entrée de la malade dans le service de M. Straus, plusieurs tubercules lupiques sur les ailes du nez; ils n'étaient pas ulcérés; actuellement, ces tubercules ne laissent plus guère de trace apparente; il y a cependant, sur la cloison, un petit nodule nettement appréciable à la vue et au toucher; il semble néanmoins, au premier abord, que ce soit là un cas de guérison presque complète; mais ce n'est là qu'une apparence : il subsiste, en effet, chez cette malade, une lésion lupique en activité; l'examen des fosses nasales, pratiqué par M. Potiquet, a en effet donné les résultats suivants : on voit, du côté gauche, sur la portion antéro-inférieure de la cloison cartilagineuse, une altération de la muqueuse du diamètre d'une lentille environ, de forme arrondie; elle est constituée, à la périphérie, par une zone d'un blanc grisâtre, légèrement surélevée et limitée en dehors, de place en place, par un fin liséré rouge; au centre, elle présente une dépression d'où le sang suinte aisément sous la pression du stylet; celui-ci, promené sur la zone périphérique, donne la sensation d'un tissu un peu épaissi et mollasse, sensation toute différente de celle que donne en cette région la muqueuse saine de la cloison. La malade éprouve au niveau de cette lésion nne sensation de gêne, une douleur obtuse qu'exagère l'attouchement avec le stylet; il s'agit là, selon toute vraisemblance, d'une ulcération lupique qui a persisté malgré le traitement par la lymphe; cette malade ne peut donc nullement être considérée comme guérie.

Il résulte de ces faits que nos conclusions relatives à l'emploi de la lymphe de Koch dans le traitement des tuberculoses locales doivent être nécessairement presque complètement négatives; les dangers qu'il fait courir aux malades, alors même qu'on y a recours avec la plus grande prudence, comme nous l'avons fait à Saint-Louis, nous paraissent hors de proportion avec les services qu'il peut rendre; nous nous abstiendrons, pour le moment, de continuer cette médication; les seuls cas dans lesquels le traitement par cette lymphe nous paraîtrait justifié seraient ceux dans lesquels des malades, atteints de lupus rebelles à tout traitement, consentiraient sciemment et volontairement à courir le risque de graves complications pour obtenir une amélioration.

Si donc la découverte de Koch permet d'étudier plus complètement l'action de ces produits de culture, dont l'intervention dans la genèse des phénomènes infectieux avait déjà été établie scientifiquement, sa valeur thérapeutique est des plus restreintes; nous ne croyons pas que, dans les conditions actuelles, la nouvelle lymphe doive être utilisée dans la pratique courante, et nous nous refusons, pour notre part, sauf dans les cas très exceptionnels que nous avons indiqués, à l'employer comme médicament, à moins que, contrairement à toute prévision, l'on ne parvienne à obtenir son action bienfaisante en évitant son action nocive.

RECUEIL DE FAITS

Cas de contagion de la stomatite mercurielle, par **P. Diday.**

Un homme de 32 ans, bien portant d'ailleurs, mais ayant les gencives habituellement sensibles, parfois saignantes et un peu érodées à leur bord dentaire, prenait, depuis 10 jours, deux pilules par jour, chacune de 4 centigr. de proto-iodure de mercure pour un chancre récent fortement induré, qu'il pansait avec une solution de nitrate d'argent, lorsque le 26 janvier 1891, il entra précipitamment dans mon cabinet, me demandant secours contre une hémorrhagie buccale. Le sang provenait d'une fissure des gencives post-dentaires incisives inférieures. Je l'arrêtai aisément en appuyant sur l'endroit malade un tampon de coton imbibé d'une solution de perchlorure de fer.

Cet homme me dit alors (ce que l'odorat m'avait déjà appris) que, depuis quatre ou cinq jours, il avait les gencives gonflées, plus douloureuses que d'ordinaire, saignant au moindre contact; une sensation insupportable de chaleur dans toute la bouche; les ganglions sous-maxillaires engorgés, très sensibles à la pression; un écoulement incessant de salive filante.

Le mal avait été en augmentant, quoique depuis trois jours le malade eût cessé de prendre des pilules. Je constatai trois ulcérations, sensibles au plus léger attouchement, larges, superficielles, à fond grisâtre, à siège caractéristique (bords de la langue, pourtour de la dernière molaire). J'y éteignis immédiatement la douleur en y *éteignant* successivement trois bourdonnets imbibés d'acide chlorhydrique.

Le diagnostic de stomatite mercurielle n'était pas contestable : il s'imposait par l'odeur autant que par l'aspect des lésions. Mais, quoique j'eusse pris l'initiative (connaissant par expérience ces sortes de méprises) de rassurer mon client, en lui déclarant plusieurs fois que ce n'étaient point là des lésions syphilitiques, je le vis sortir me laissant douter si j'avais aussi bien réussi en le catéchisant qu'en le cautérisant?

Ce doute ne devait pas durer. Le surlendemain, mon homme revint, entrant avec la même précipitation, mais n'entrant pas seul. Sa femme l'accompagnait. Et, dès la porte, il trouva moyen de me souffler à l'oreille : « Ne lui dites pas que je l'ai empoisonnée; je vous en prie, ne lui laissez pas soupçonner la vérité ! » — Mais tout au contraire, c'est en la disant, la vérité, en l'affirmant, en la maintenant en dépit de son opposition que je lui rendis le service auquel il tenait tant. Car madame n'avait mal qu'à la bouche ; et voici ce que j'y observai :

Les gencives des dents inférieures, dans la partie correspondant aux

incisives et aux canines, étaient presque violacées, tuméfiées. Au lieu de s'attacher à la couronne dentaire et en continuant pour ainsi dire avec elle par un bord de plus en plus aminci, ce bord épaissi, comme tronqué, offrait une ulcération à fond grisâtre, pultacé, ulcération qui se prolongeait dans les espaces interdentaires. Mêmes lésions, un peu moins prononcées, aux gencives de la mâchoire supérieure. — Une légère exulcération du bord gauche de la langue, d'aspect caractéristique, avec la fétidité pathognomonique de l'haleine, complétait le tableau classique d'une stomatite mercurielle, qui, à ce moment, datait de 48 heures environ. — La malade, jusqu'alors, avait toujours eu les gencives ainsi que les dents parfaitement saines.

Le mari réussit à être un moment seul avec moi pour me parler en toute liberté, et me dit, me confessa presque en pleurant que, quelques jours auparavant, souffrant déjà des gencives, il avait eu l'imprudence d'embrasser assez longuement, en mari, sa femme sur la bouche; et il ne se consolait pas de l'avoir *empoisonnée !*

Cette fois, je ne pus mettre à le rassurer sur le point de fait la même chaleur de conviction que lors de sa première visite; car, bien que, à l'égard de sa pauvre femme, nous n'entendissions pas, lui et moi, le mot *empoisonnée* dans le même sens, ni surtout avec la perspective de mêmes conséquences, il devenait à présent démontré à mes yeux qu'il lui avait transmis par contact un agent pathogène spécifique. Car, en fait de mercure, le malade encore exempt d'accidents secondaires, ne l'ayant pris qu'en pilules, n'ayant fait ni pansements ni frictions avec une préparation hydrargyrique, on ne pouvait soupçonner aucune émanation d'avoir servi de moyen de transport indirect de l'un à l'autre; et la seule cause supposable était bien celle que le mari accusait avec une surabondance de remords bien propre à rendre plus que vraisemblable l'effet réel de l'acte contagionnant.

J'ai eu, trois jours après (31 janvier), des nouvelles de madame... L'état s'était plutôt un peu aggravé, la gencive et partie de la paroi buccale adjacente à la dernière molaire droite étaient ulcérées.

Pourrait-on supposer que cette femme faisait un traitement mercuriel en cachette?...

Non : elle savait bien son mari malade; mais, jeune, d'un naturel très doux, un peu passif, elle le plaignait sans le soupçonner, même sans le questionner.

En admettant que la salive d'un sujet atteint de stomatite mercurielle contienne du mercure, faut-il croire qu'une parcelle de ce mercure, en touchant la muqueuse de la femme, y aura produit l'inflammation spécifique?... Non encore. A la bouche, comme partout ailleurs, un pansement, surtout une cautérisation faite avec un composé mercuriel, peuvent déterminer une stomatite, mais, dans son évolution, elle ressemble à toutes les autres, débutant ordinairement par les gencives, puis se cantonnant dans ses lieux d'élection. Jamais elle ne commence au point que le médicament a touché.

La seule explication admissible est la plus simple, en même temps que la plus orthodoxe.

Dans la myriade de parasites inoffensifs, inaperçus, qui peuplent notre organisme, surtout la cavité buccale, quelques-uns, par le fait de l'imprégnation mercurielle, ont eu leur activité vitale augmentée, modifiée, au point d'acquérir la virulence : virulence, c'est-à-dire contagiosité.

Or ces microbes ainsi virulisés par un changement survenu dans leur milieu nutritif, peuvent-ils, transportés dans un milieu *normal*, s'y acclimater, y vivre sous leur forme, avec leurs propriétés virulentes précédemment acquises?... Oui, en principe; si ce milieu que j'appelle normal est similaire à celui qui les a virulisés et le présent fait en est une nouvelle preuve. — Néanmoins, si, en analysant le mécanisme de cette transmission, on veut tenir compte de toutes les causes qui ont pu la faciliter, il me semble juste de donner une part à l'*orgasme vénérien*, qui agit sans doute d'abord en commandant et réalisant une plus longue et plus intime mise en rapport du corps contaminant avec le tissu contaminable; mais orgasme qui ne serait pas ce que signifie sa définition, « le plus haut degré d'excitation organique », s'il n'augmentait pas l'absorption en même temps que les autres actes vitaux.

Grâce à ces données, il est facile d'expliquer :

1° Comment, dans le cas ci-dessus, l'imprégnation mercurielle, se faisant chez un sujet à système gingival prédisposé de longue date, a virulisé quelques-uns des microbes, jusque-là comparativement inertes, de cette région;

2° Comment, ainsi virulisés, ils ont pu, puisant dans l'*orgasme vénérien* commun aux deux participants un surcroît d'activité, opérer la transmission morbide;

3° Enfin, pourquoi de pareils cas doivent être rares dans une maladie qui, plus répugnante encore que douloureuse, met par là obstacle à la réalisation des conditions locales nécessaires à sa transmission d'individu à individu.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

Séance du 12 février. — Présidence de MM. Ernest Besnier et A. Fournier.

COMPTE RENDU ANALYTIQUE

Syphilis ignorée et méconnue; tumeur gommeuse de la cuisse datant de deux ans, guérie en deux mois par le traitement spécifique.

M. Feulard présente un malade âgé de trente-sept ans, atteint d'une énorme tumeur gommeuse du triceps fémoral gauche, aujourd'hui presque entièrement guérie par le traitement spécifique. Les premiers symptômes remontent à deux ans; pendant dix-huit mois, la maladie est restée pour ainsi dire latente; il y a six mois, à la suite d'un traumatisme léger, tuméfaction douloureuse de la cuisse qui reste gonflée et dure. Le malade va dans un service de chirurgie où la nature réelle de cette tumeur est méconnue et où on lui propose l'amputation de la cuisse. Pris de peur, il quitte l'hôpital, va chez un empirique qui applique sur la tumeur une pommade; la tumeur s'ulcère en deux points, et le malade arrive enfin à l'hôpital Saint-Louis dans le milieu de décembre dernier. La forme des ulcérations indique nettement leur nature syphilitique; on pose le diagnostic d'ulcères gommeux et de gomme syphilitique du muscle triceps. Le traitement est donné et le malade guérit en deux mois. Au moment de son entrée, la cuisse du côté malade mesurait 42 centimètres de circonférence, et la cuisse droite saine n'en avait que 34. Aujourd'hui les deux ont le même volume.

La syphilis, chez ce malade, est absolument ignorée et les méfaits de cette syphilis ignorée et non traitée n'ont pas atteint que lui; sa femme, restée saine en apparence, vraisemblablement protégée par la loi de Colles-Baumès, a fait, dans les trois premières années du mariage, quatre fausses couches; dix-huit mois après la dernière fausse couche est né un enfant, actuellement vivant, âgé de sept ans, mais nettement hérédo-syphilitique.

Périostite du temporal avec myosite des muscles temporal et masséter vraisemblablement d'origine syphilitique.

M. Duguet présente un malade âgé de trente-deux ans qui, bien portant d'ordinaire, a été pris, depuis un mois environ, de pesanteur et de douleurs de tête à exacerbations vespérales et nocturnes. En même temps

la mastication devenait difficile et la région temporale gauche se tuméfiait et était douloureuse. On constate, en effet, une saillie arrondie qui a pour limite celle de la région elle-même et qui s'étend jusqu'à l'arcade zygomatique; cette saillie se prolonge même au-dessous de cette arcade dans la région du masséter. La peau est restée normale; au toucher, tumeur pâteuse, ferme, élastique. Le muscle temporal, malade lui-même, est soulevé par le périoste de la région tuméfiée, le masséter est pris lui aussi. Pas de fièvre, à peine de douleur, mais une grande gêne à ouvrir la bouche et impossibilité presque complète de la mastication. Il s'agit vraisemblablement de lésions syphilitiques; la syphilis est niée par le malade qui n'a jamais été traité de ce fait. Le traitement spécifique a été commencé et le malade sera représenté.

M. Fournier. — Les cas de myosite syphilitique du masséter sont rares; j'en ai observé moi-même quatre ou cinq cas. Mais là seulement n'est pas l'intérêt de ce cas. Voici deux faits, présentés aujourd'hui, de syphilis ignorée; or, on ne peut se dissimuler que les cas de ce genre deviennent de plus en plus nombreux. Est-ce parce que nous savons mieux reconnaître la syphilis? Est-ce pour une autre cause? De ces faits on peut, il me semble, donner cette triple explication; tantôt il s'agit de syphilis acquises méconnues; tantôt de syphilis héréditaires se manifestant tardivement; tantôt enfin, bien que le fait soit des plus rares, de syphilis à la deuxième génération. Cette dernière hypothèse peut se légitimer par quelques exemples, dont le plus fameux est celui rapporté par C. Boeck.

Syphilis secondaire et pityriasis rosé.

M. A. Renault présente une jeune femme atteinte de syphilis secondaire, avec chancre et roséole, et offrant en même temps une éruption de taches rosées desquamatives. S'agit-il dans ce cas d'une syphilide pityriasiforme, d'une véritable roséole squameuse, ou mieux n'y a-t-il pas chez cette malade coïncidence d'accidents syphilitiques et d'un pityriasis rosé de Gibert? C'est vers ce dernier diagnostic qu'il incline.

MM. Ernest Besnier et A. Fournier sont également de l'avis qu'il s'agit dans ce cas d'une coïncidence pathologique.

Nouveau cas d'acnitis.

M. Barthélemy montre un nouveau malade affecté de la maladie dont il a présenté des types à l'avant-dernière séance. (Voir *Ann. Dermat*, 1890, p. 979.)

Il s'agit d'un malade de la policlinique de M. Besnier, à l'hôpital Saint-Louis. Il n'a pas d'antécédents morbides, ni personnels, ni héréditaires. On ne lui trouve qu'une légère dilatation d'estomac et quelques intermittences, sans souffle au cœur, ni glycosurie, ni albuminurie. Pas de syphilis. Début assez brusque, fin mars 1890, par des boutons, d'abord au menton, puis au front, au cuir chevelu, enfin sur les joues et les oreilles. Après avoir formé une petite nodosité qui durait une huitaine de jours environ, l'élément éruptif s'ouvrait pour livrer passage à une petite quantité de pus

mêlé de sang. Puis il se formait, soit une simple macule d'un brun rouge, soit une cicatrice pigmentée.

Peu à peu le cou, surtout sur ses faces latérales, puis les bras et les avant-bras, surtout dans les régions antéro-internes et postérieures, furent envahis. Quelques lésions seulement se développèrent aux membres inférieurs. Pas une seule sur le tronc, ni sur les épaules, ni sur la poitrine. Ce fut en mai que l'éruption acquit toute son intensité, mais elle ne cessa pas jusqu'en novembre où, après avoir été à Vichy, le malade vint à Saint-Louis. M. Brocq l'adressa alors à M. Besnier, qui eut l'extrême amabilité de le soumettre à mon observation (décembre 1890). En janvier 1891, l'évolution de l'affection est presque terminée, mais après avoir duré dix mois. Aujourd'hui il n'y a plus que trois boutons en activité, encore sont-ils exclusivement dermiques.

Je ferai remarquer que ce malade n'avait jamais eu auparavant un bouton sur le corps et notamment pas d'acné, ni sur la face, ni sur le tronc; que l'affection, d'abord discrète, est rapidement devenue très abondante à la face, puis s'est étendue aux membres thoraciques, aux avant-bras et au dos des mains, sièges insolites pour l'acné, dont l'élément éruptif ne réalise d'ailleurs ni le processus, ni l'aspect. Il n'y a pas de trace de poussée antérieure et il est bien insolite qu'à sa première apparition l'acné se généralise aussi rapidement. Les mains, les oreilles, les jointures des aisselles, la fesse gauche, ici envahis, sont rarement atteints d'acné. D'autre part, aucun des éléments éruptifs n'a été douloureux, comme il n'eût pas manqué de l'être s'il se fût agi de furonculose ou d'ecthymatose.

Il semble donc bien qu'on est en droit de porter ici, bien que l'affection soit à son déclin, le diagnostic de folliculites généralisées d'une part, disséminées d'autre part; comme elles ne sont pas fusionnées, ni même agminées, comme dans la folliclis, je pense qu'il me sera permis de proposer ici le diagnostic rétrospectif d'acnitis.

Les lotions boriquées, les applications d'huile phéniquée, le salol à l'intérieur ont paru donner à M. Besnier des résultats satisfaisants, bien qu'employés lorsque l'éruption terminait son évolution.

Chancre syphilitique; lymphangite moniliforme.

M. Barthélemy présente un malade atteint d'un chancre syphilitique du prépuce remontant à douze jours. C'est une petite érosion lisse entourée d'une grosse induration. De ce plateau part une induration moniliforme qui donne bien l'idée d'une lymphangite (inflammation spécifique d'un canal lymphatique) avec les inégalités de calibre dues aux valvules, s'amincissant au fur et à mesure qu'on s'éloigne du foyer initial, et donnant ensuite la sensation d'une simple corde de violon accolée au pénis. Il y a de plus, dans l'aine gauche, une adénopathie caractéristique.

Note sur la méthode de Koch appliquée au traitement des tuberculoses tégumentaires en général et des lupus en particulier.

M. Ernest Besnier fait sur ce sujet une communication que l'on trouvera *in extenso*, p. 129.

Sur l'emploi thérapeutique de la lymphe de Koch.

M. H. HALLOPEAU fait une communication que l'on trouvera *in extenso*, p. 152.

Une observation de syphilis conceptionnelle.

M. P. RAYMOND. — M. X... prend la syphilis en 1874, à l'âge de vingt-neuf ans; la maladie évolue d'une façon bénigne et le malade se soigne régulièrement. En juin 1878, n'ayant eu aucun accident depuis plus d'un an, il se marie. En mars 1878, naissance à terme d'un premier enfant sain, actuellement vivant et sans tare syphilitique. A la fin de 1880, Mme X... accouche à huit mois d'un enfant chétif qui meurt cinq semaines après, couvert de boutons ; en avril 1882, troisième accouchement d'un enfant né aussi à huit mois, malingre, qui ne vit qu'à force de soins et meurt à quatre ans de la diphtérie. J'attire l'attention sur ce fait qui m'a frappé, que souvent les enfants de souche syphilitique, même alors qu'ils sont exempts d'hérédité syphilitique, présentent une débilité et un manque de résistance qui les rendent plus aptes que d'autres à contracter les maladies, surtout les maladies régnantes. Quant à Mme X... qui, pendant ces dix années, n'a présenté aucun accident, qui n'a pas été contagionnée par son mari resté sans accidents pendant ce laps de temps, elle a présenté dernièrement une syphilide tuberculeuse sèche localisée qui a guéri rapidement par le traitement spécifique. Cette lésion tertiaire survenue sans autre accident préalable est la preuve que cette dame a été infectée autrefois par conception. Accessoirement, ce fait vient confirmer ce que l'on sait déjà, qu'un père syphilitique peut procréer des enfants sains s'il n'est pas à une époque trop éloignée de son traitement, puis un enfant syphilitique, s'il perd, de par le temps, le bénéfice de ce traitement, et, enfin, un enfant sain s'il se traite à nouveau ou si chez lui la maladie s'éteint.

M. ERNEST BESNIER. — Les observations de cette nature sont peu nombreuses ; elles sont fort intéressantes pour la pratique. J'ai été aussi frappé de ce fait que les enfants syphilitiques ont une réceptivité particulière vis-à-vis des maladies, la même chose semble exister pour les adultes ; j'ai vu dans deux ou trois cas des pères syphilitiques contracter des angines diphtéritiques devenues fort graves en soignant leurs enfants malades ; il semble que la syphilis, soit par les lésions locales qu'elle a entraînées, soit par le fait seul de son existence, ait été une cause prédisposante à la maladie.

M. A. FOURNIER. — Ce fait me frappe surtout parce que nous voyons l'inverse de ce qui se produit habituellement ; d'ordinaire, ce sont les premières grossesses qui se terminent par avortement, puis naissent des enfants syphilitiques et plus tard des enfants sains. Ici, c'est le contraire qui a eu lieu ; il y a là un point d'une grande importance pour la pratique, les syphilitiques ayant tendance à se considérer comme radicalement guéris quand il leur est né un enfant sain.

Traitement abortif des bubons par les injections de benzoate de mercure.

M. E. Welander (de Stockholm), membre correspondant, adresse sur ce sujet un mémoire dont il est donné lecture. M. Welander admet qu'il y a avec les chancres mous des bubons purement inflammatoires et des bubons virulents d'emblée contrairement aux assertions anciennes de Straus et à celles plus récentes de Ducrey. Dans les bubons virulents, l'injection de benzoate n'empêche pas la suppuration. Pour les autres bubons, au contraire, si l'injection est faite avant que la suppuration soit survenue, on éviterait cet accident; l'injection donnera encore de bons résultats si la fluctuation existe déjà, si on la fait dans l'infiltration périphérique; celle-ci même, si on est obligé d'ouvrir le bubon, se résoudra plus vite.

Lichen plan unilatéral ne dépassant pas la ligne médiane et suivant le trajet des nerfs.

M. Djélal Moukhtar a observé à la consultation de M. le professeur Fournier un malade atteint de lichen plan limité à la moitié gauche du corps. La maladie avait débuté par des papules de lichen plan typique sur le gros orteil gauche, puis vinrent d'autres papules sur la jambe, la cuisse et le flanc; sur le tronc, l'éruption en avant comme en arrière s'arrête exactement à la ligne médiane; elle est disposée sous forme de trois rubans suivant le trajet des trois nerfs lombaires, à la façon d'un zona.

La séance est levée.

Henri Feulard.

REVUE DES PÉRIODIQUES

DERMATOLOGIE

Cancer de la peau. — W. G. Spencer. Soot (suie) in cells of chimney-sweep's (ramoneurs) cancer (*Roy. med. and Chir. Soc.*, 11 novembre. — *The Brit. med. Journ.*, 15 novembre 1890, p. 1122).

L'auteur, à l'occasion d'une étude sur le cancer des ramoneurs, a constaté la présence de suie dans les cellules de l'épiderme, dans les vaisseaux lymphatiques au voisinage de la néoplasie et dans les cellules du cancer même. Ce fait expliquerait la coloration de la peau brunâtre, rebelle aux lavages, la production de l'épithélioma, le point de départ de la néoplasie dans les ganglions inguinaux (comme cela a été quelquefois observé), enfin la récidive loin de la cicatrice opératoire.

Le Dr Butlin, s'appuyant sur la rareté du cancer chez les ramoneurs, ne croit pas que la suie contenue dans les cellules ait par sa seule présence quelque valeur étiologique dans la production du cancer.

Le Dr Delépine est d'avis que les particules observées par le Dr Spencer dans les cellules ne sont pas de la suie, mais des grains de pigment.

Louis Wickham.

Chéloïde. — P. Ortez. Dos palabras acerca del tratamiento del keloïde y de la cicatriz hipertrofica (*Revista de medicina y cirugia practicas*, 1890, II, 5).

Quelle que soit la nature de la chéloïde (chéloïde proprement dite ; cicatrice chéloïdienne), le traitement doit être uniquement chirurgical. Les moyens médicaux employés seuls, et quelque prolongé qu'en soit l'usage, ne peuvent amener la guérison. Toutes ces compositions pharmaceutiques déjà conseillées par Alibert, et plus tard par Bazin, sont des pommades résolutives ou des emplâtres, et notamment l'emplâtre de Vigo. L'auteur a vu, dans certains cas, les douches alcalines chaudes, de quelques minutes de durée et combinées avec l'emplâtre de Vigo, amener la disparition de petites saillies développées sur les cicatrices, mais il faut qu'elles soient de formation récente, molles, de volume peu considérable et très vasculaires. En dehors de ces cas, il n'y a rien à espérer de ce mode de traitement. La destruction par les caustiques (nitrate d'argent, pâte de Vienne), les cautérisations au fer rouge ou à l'anse galvanique, n'amènent pas de bons résul-

tats dans les chéloïdes vraies et ne doivent pas être employées dans les cicatrices hypertrophiques et rétractiles qu'elles ne feraient qu'accentuer. De même, l'électrolyse a pu améliorer les lésions (Brocq; Hardaway), mais non les faire disparaître. Quant aux médications internes, comme l'iodure de potassium, par exemple, qui ont pour but de traiter des chéloïdes développées sur des lésions syphilitiques, de forme ulcéreuse, elles sont aussi impuissantes. Il faut donc mettre de côté tous ces procédés thérapeutiques et donner la préférence à l'un des trois procédés chirurgicaux suivants : l'extirpation totale, les scarifications, la méthode mixte. L'auteur passe en revue chacun de ces procédés. Il a vu de très bons résultats de la méthode mixte imaginée, on le sait, par M. Le Dentu, et qui consiste dans l'ablation totale de la chéloïde et dans le traitement par les scarifications de la cicatrice qui en résulte, afin d'éviter une nouvelle et rapide reproduction.

La cicatrice hypertrophique, qui n'est pas très étendue, doit être traitée par la méthode des scarifications. Pour les cicatrices rétractiles, il faut employer d'autres moyens chirurgicaux : cependant, quand elles sont parsemées de nodules fibreux, il vaut mieux scarifier avant de passer à toute autre intervention chirurgicale.

L'auteur cite un cas qu'il a fait photographier, dans lequel il s'agissait de chéloïdes développées sur des cicatrices consécutives à une plaie contuse du nez. Le malade fut traité par les scarifications et il fut totalement guéri après quinze séances, un intervalle de neuf jours étant laissé entre chacune d'elles. PAUL RAYMOND.

Dermatoneuroses. — KAPOSI. Dermatose d'origine nerveuse (*Wiener mediz. Press*, p. 855, 1890).

Dans la séance du 23 mai 1890 de la Société I. et R. des médecins de Vienne, le professeur Kaposi a présenté une infirmière, âgée de 22 ans, de l'hôpital général. Cette malade est entrée dans sa clinique avec les symptômes suivants : sur le dos de la main droite, tache pigmentaire brune ; en outre, taches analogues au niveau du poignet et sur la face dorsale du médius. Au milieu de l'avant-bras, et sur une surface ayant l'étendue de la paume de la main, la peau est rouge et recouverte de bulles irrégulières, à sérosité claire. Cette malade raconte que, il y a quatre semaines, elle s'est enfoncée un clou dans le lit de l'ongle du médius droit. Quelques jours après, apparition d'une bulle, d'abord sur la face dorsale de ce doigt, plus tard éruptions bulleuses semblables sur le dos de la main et de l'avant-bras. L'absence de tout caractère eczémateux fit exclure l'influence de l'iodoforme, et l'absence de lymphangite inflammatoire une cause infectieuse. On ne pouvait donc avoir affaire qu'à une irritation de nature nerveuse. Dans l'intervalle de quelques jours, il survint des bulles de même nature aux faces interne et externe des bras, sur les épaules, à la nuque. Cette éruption s'accompagna de sensations de brûlure; au bout de quelques heures la peau était rouge rosé, un peu élevée sur les bords et après quelques heures apparaissaient des bulles. Après environ 8 à 15 jours de cet état survinrent, sur la partie gauche du cou, des éruptions bulleuses, ac-

compagnées de fièvre et d'insomnie, éruptions qui gagnèrent ensuite la moitié gauche du corps (cou, joues, bras, poitrine, malléoles). L'évolution de ces bulles fut normale, elles se transformèrent en croûtes, finalement la peau se reforma sans cicatrice. Après un arrêt de plusieurs semaines il se produisit, à la suite d'une nouvelle piqûre sous-unguéale, une éruption bulleuse. L'examen bactériologique du contenu des bulles donna un résultat négatif. Cette éruption s'expliquerait, selon le professeur Kaposi, par l'irritation mécanique périphérique qui aurait provoqué une excitation centripète des nerfs, laquelle se serait propagée aux centres vaso-moteurs de la moelle. Cette irritation des vaso-moteurs a déterminé l'exsudation et la formation des bulles. A. Doyon.

Dermographie. — Ducamp. Dermographie chez un hystérique (*Montpellier médical*, 16 octobre 1890, p. 341).

Voici encore une observation d'urticaire factice décrite sous le nom, que nous ne cesserons de combattre, de dermographie. Il s'agit d'un militaire de 21 ans, arthritique, ayant débuté dans l'hystérie deux ans auparavant, à la suite de la commotion produite par un violent coup de tonnerre, et ayant eu depuis lors plusieurs attaques nettement caractérisées. Les troubles vaso-moteurs présentaient les phases suivantes : Immédiatement après le passage d'un stylet à la surface de la peau, apparition d'une raie blanche fugace, en rapport avec la pression plus ou moins énergique du stylet ; 5 secondes après, et quelquefois moins, teinte rosée sur le trajet du stylet ; au bout de 35 secondes, la teinte rosée est devenue d'un rouge foncé ; au bout d'une, et parfois de deux minutes, on voit un bourrelet blanc rosé saillant de 2 millimètres, entouré d'une bordure rouge érythémateuse et présentant l'aspect d'une papule ortiée ; à la sixième ou septième minute, le bourrelet commence à s'atténuer, et, à la vingtième minute, il ne reste plus qu'une ligne très rouge qui persiste généralement pendant cinq ou six heures, et parfois pendant huit ou même quatorze heures ; une seule fois, on en constata, pendant plus de quarante-deux heures, des traces ressemblant à une égratignure.

Ducamp insiste sur ce fait que les phénomènes décrits par lui s'observent chez les nerveux, les hystériques surtout, et aussi dans l'arthritisme et le saturnisme, qui ont tant d'affinité avec les affections nerveuses ; plus rarement, ils se rencontrent chez des sujets complètement sains.

Georges Thibierge.

Elephantiasis. — T. Savill. A case of Elephantiasis telangiectodes (*The Lancet*, 8 novembre, p. 972).

Jeune fille de 16 ans, d'intelligence très faible, chétive et de petite taille, sujette aux convulsions, présente de l'hypertrophie du derme et du tissu cellulaire sous-cutané en des régions assez localisées : du côté droit, au mollet, au côté externe du genou, à la face postérieure de la cuisse et à la fesse ; du côté gauche, à la face postérieure de la cuisse ; les autres régions du membre inférieur gauche sont indemnes. Ces lésions rendent

la marche et la station debout pénibles et douloureuses; elles offrent une consistance assez molle; à leur niveau, la peau est sillonnée de varices et d'étoiles capillaires, qui s'accentuent à la marche. Çà et là, surtout aux régions scapulaires existent des nævi vasculaires et des taches pigmentaires. Les tibias et peut-être les deux radius sont augmentés de volume. Tendance au genu valgum du côté droit. Bien que la malade affirme que ces diverses altérations ne datent que de un an, le Dr Savilli pense qu'il faut admettre, dans ce cas, l'origine congénitale des lésions avec augmentation, et apparence manifeste dans un âge plus avancé. Pour lui, cette affection est très voisine du molluscum fibrosum; il rappelle à ce propos que le Dr Liveing, dans son traité, rapporte une observation du Dr J. Murray dans laquelle l'elephantiasis et le molluscum se sont trouvés réunis.

LOUIS WICKHAM.

Epiderme (structure de l'). — A. EDDOWES. On the nature of Herxheimer's spirals in the epidermis (*The Brit. Journ. of Derm.*, octobre 1890, p. 295).

Dans un intéressant mémoire, auquel sont annexées deux belles planches histologiques, le docteur Eddowes refait l'étude des fibres en spirale que K. Herxheimer a décrites le premier dans l'épiderme et l'épithélium des muqueuses. Il cite un long passage du travail original d'Herxheimer et recommande, pour mettre les fibres en évidence, l'emploi de la double coloration selon la méthode de Weigert.

Les filaments, disséminés dans toute l'épaisseur de l'épiderme, sont plus nombreux à la couche basale où la plupart semblent avoir leur point de départ; ils bifurquent au niveau des cellules, se dirigent en général parallèlement au grand axe des cellules et forment parfois autour d'elles de véritables mailles. La longueur et l'épaisseur de ces filaments sont très variables; leur forme en spirale constitue leur plus important caractère. Mais le principal objet de l'étude du docteur Eddowes est de démontrer la constitution fibrineuse de ces filaments dont la nature était jusqu'ici restée indécise. L'auteur est parvenu à colorer par la même méthode, en même temps que les fibres spirales, des amas de granulations fibrineuses dans le voisinage des fibres; il a pu se rendre compte de l'existence de iens directs et d'une transition insensible entre les spirales et la fibrine, contenue dans les couches supérieures du derme. Pour terminer, l'auteur énumère les divers caractères des filaments, et montre, par des arguments nombreux et bien étudiés, que chacun d'eux s'allie fort bien avec l'idée de substance fibrineuse. LOUIS WICKHAM.

Éruptions médicamenteuses. — COLCOTT FOX. Contribution to the study of Drug eruptions. (Mémoire lu au Congrès international de Berlin, 1890. *The Brit. journ. of Derm.*, nov. 1890, p. 328.)

Le Dr C. Fox se propose d'étudier la question suivante : les éruptions vésiculeuses et érythémateuses très étendues, consécutives à l'application circonscrite et locale de certains médicaments tels que l'iodoforme, le

sublimé, la belladone, la chrysarobine, l'arnica, etc., doivent-elles être rangées dans le même groupe que les éruptions généralisées consécutives à l'ingestion des médicaments ?

Pour mieux résoudre le problème, l'auteur, après avoir soigneusement examiné les diverses modalités éruptives qui se produisent sous l'influence des applications locales, pense qu'il convient de les diviser en 3 groupes.

I. Il réunit dans un premier groupe toutes les éruptions nettement localisées au siège même de l'application médicamenteuse.

Dans ces cas, l'irritation semble agir d'une façon toute superficielle et par action directe sur les éléments constituants de la peau. Mais cette irritation dépend elle-même le plus souvent d'une idiosyncrasie particulière.

II. L'auteur range dans un second groupe les éruptions qui dépassent les limites de la zone d'application et qui s'étendent de proche en proche plus ou moins loin, finissant par recouvrir des surfaces assez étendues. Ici, selon toute vraisemblance, à côté de l'effet direct produit sur la peau, il y a absorption cutanée et action secondaire par l'intermédiaire du système nerveux périphérique chez des malades prédisposés.

III. Dans le troisième groupe, où sont réunies les éruptions généralisées qui se font soit de proche en proche, soit par foyers disséminés qui s'étendent et se réunissent les uns aux autres, l'action indirecte par la voie du système nerveux est encore plus évidente.

Ces diverses assertions sont appuyées de nombreux arguments et d'intéressants exemples dont la plupart sont choisis de préférence parmi le éruptions iodoformiques. L'auteur est amené à conclure que les divers médicaments qu'il a étudiés agissent non seulement d'une façon toute locale par action directe, mais encore lorsqu'ils subissent l'absorption cutanée, par action indirecte, en intéressant le plus souvent les ganglions nerveux locaux, périphériques, et parfois les ganglions plus centraux. Les éruptions étendues produites par applications locales doivent donc être assimilées aux éruptions dues à l'ingestion des médicaments.

LOUIS WICKHAM.

Éruptions professionnelles. — Mal des cannes. — VICENTE GOMEZ. El mal de las cañas (*Revista de medicina y cirugia practicas*, 1890, p. 449).

L'auteur rapporte trois observations de la maladie des roseaux.

Dans la première, il s'agit d'un homme, de quarante-neuf ans, qui travaille dans les cannes depuis dix ans. Le 2 août, il était occupé à rassembler des cannes qui avaient été coupées, l'hiver précédent, et exposées aux intempéries sans être bien séparées les unes des autres. Elles étaient recouvertes d'une poussière cendrée qui se répandait dans l'air lorsqu'on les remuait. Le soir du premier jour, et cela peu de temps après avoir commencé son travail, cet homme fut pris d'une violente céphalalgie, d'inappétence, de malaise, d'insomnie : l'urine est rare ; il y a des sueurs profuses. Le second jour, sensation de chaleur sur les joues et le nez avec épistaxis, tuméfaction douloureuse des muqueuses nasale et buccale, puis extension de ce processus, rendant difficile le jeu des paupières ; enfin

apparurent des phénomènes douloureux du côté des organes génitaux externes. Au sixième jour on note de l'inappétence, une haleine fétide; la langue est sèche, vernissée : la fièvre est peu prononcée : il y a une albuminurie légère. Sur les joues on remarque des squames ou des croûtes confluentes déprimées, d'une couleur terne, de petites dimensions et entre lesquelles apparaît une peau saine et rouge. Au pli du coude gauche existe une lésion semblable : au-dessous des croûtes la peau est recouverte d'un exsudat séreux : le revêtement épithélial a disparu. Le prépuce est enflammé, présentant un phimosis complet : le moindre contact est très douloureux : à la face inférieure de la verge on observe aussi des érosions et un exsudat séreux. Le tissu cellulaire et les ganglions restent indemnes. Les lésions des organes génitaux sont en somme celles signalées à l'avant-bras et à la face, mais à une phase moins avancée. Sous l'influence de lotions aseptiques et émollientes, de poudre d'oxyde de zinc et d'iodoforme, la guérison ne se fit pas attendre. A côté de cette observation, l'auteur rapporte le dire de deux autres ouvriers qui ont présenté à différentes reprises cette affection professionnelle. Lorsqu'ils s'aperçoivent que les cannes sont recouvertes de cette poussière qui s'élève comme un nuage, ils quittent leur travail, car l'expérience les a avertis, disent-ils, du danger qu'ils courent. Généralement cette poussière se rencontre sur les cannes qui ont été entassées sur un sol marécageux et qui ont subi l'action de l'humidité et de la chaleur : la poussière des cannes est beaucoup plus à craindre quand l'homme est en sueur : les accidents sont en raison directe de la quantité de la poussière. Ils commencent par ressentir une cuisson au niveau des sourcils : en huit ou dix jours tous les accidents ont disparu. Ces ouvriers ont rapporté à l'auteur un cas d'ophtalmie. La forme primitive de l'éruption sourcilière paraît être papulo-vésiculeuse : de la sérosité s'échappe qui se concrète; la croûte une fois tombée, la peau apparaît au dessous, enflammée et amincie.

L'auteur discute ensuite la nature de ce processus pathologique et il arrive aux conclusions suivantes : l'affection « mal de cannes » est due à des produits de fermentation qui se développent sur ces roseaux. L'agent pathogène paraît être une poussière inorganique qui possède une double action locale et générale. On n'en peut donner la caractéristique anatomique : elle ressemble aux dermites artificielles. Son traitement consiste à écarter la cause et devra se baser sur l'étude de la nature de l'agent pathogène, faite d'après son examen direct ou celui des véhicules d'élimination.

L'auteur dit n'avoir connaissance d'aucun travail sur cette question; nous ferons remarquer qu'elle est connue en France sous le nom de maladie des cannes de Provence. PAUL RAYMOND.

Éruption simulée. — JOHN T BOWEN. An instance of feigned cutaneous disease (*Boston med. and surg. Journ.*, 1890, n° 26 p. 629).

Le cas de Bowen a trait à une femme de trente ans qui lui fut adressée à cause d'une affection cutanée tenace du bras droit. Il s'agissait d'une plaque excoriée, large environ comme un dollar en argent, très hyperé-

mique à la périphérie, légèrement squameuse au centre et située près du poignet droit. Cette plaque, disait-elle, avait apparu sans cause connue 4 ou 5 semaines auparavant et continuait à s'étendre. Elle était très sensible à la pression de même aussi que le membre lui-même dans une notable partie de son étendue.

La malade revint plusieurs fois et à chaque visite Bowen put constater une aggravation du mal avec addition d'œdème autour de la plaque, de vésico-pustules à son niveau, etc... C'est alors que le soupçon de simulation lui vint à l'esprit et il demanda à la malade de recouvrir la totalité du membre avec une couche de gélatine. Trois jours plus tard elle revint; un changement notable s'était produit; la partie recouverte était fort améliorée, tandis que, au niveau des limites du pansement, sur les parties de la peau qui pouvaient être aisément atteintes, et qui n'avaient jamais été malades auparavant, la même éruption était apparue. Il devenait donc assez clair que cette femme provoquait l'éruption elle-même.

S'aperçut-elle alors qu'elle était soupçonnée ? Toujours est-il qu'à la visite suivante, tout était rentré dans l'ordre : et il ne restait sur le bras malade qu'un peu de rudesse, de pigmentation et d'hyperesthésie.

Un mois plus tard, nouvelle visite : elle venait montrer, au-dessous de l'ombilic, au niveau de la cicatrice restée douloureuse, à son dire, d'une ancienne laparotomie, une éruption analogue aux précédentes. La simple menace que la persistance de ce mal obligerait à une opération, suffit à la faire disparaître.

Quelque temps plus tard, douze jours après une revaccination infructueuse, apparition au niveau des piqûres, de la même dermatite erythémateuse et vésiculo-pustuleuse avec œdème et hyperesthésie.

Soupçonnée de nouveau de simulation, elle devint très excitée, parla de se suicider, etc. Depuis, pas de nouvelles éruptions.

Bowen ne doute pas qu'il ne s'agisse ici de simulation. Il n'a pu surprendre ou découvrir le moyen employé par la malade. Il soupçonne le grattage aidé d'un agent irritant. L. Jacquet.

Éruptions traumatiques. — Batut. Des éruptions traumatiques (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Montpellier*, 27 septembre, 4, 11 et 18 octobre 1890, pp. 457, 469, 481 et 493).

Étude étendue, avec documents bibliographiques nombreux à l'appui, des éruptions observées à la suite des traumatismes. L'auteur divise ces éruptions en :

A. Éruptions bénignes, c'est-à-dire sans état général grave comprenant: 1° les éruptions réflexes vaso-motrices (herpès, zona, érythèmes divers et surtout scarlatiniformes, roséole, urticaire); 2° les éruptions consécutives à une névrite (zona);

B. Éruptions diathésiques sans état général grave ni signification marquée, rappelant l'herpétisme, la syphilis (urticaire, zona, eczéma, syphilides diverses);

C. Éruptions septicémiques ou pyohémiques, à pronostic grave (rash

scarlatiniforme, purpura, urticaire, pemphigus, herpès circiné, zona gangréneux, etc.;

D. Exanthèmes intercurrents (rougeole, variole, scarlatine).

GEORGES THIBIERGE.

Gangrènes spontanées. — S. MADDOX. A case of spontaneous gangrene in a child (*Med. rec.*, 4 octobre 1890, p. 349).

L'auteur rapporte un cas de gangrène sèche du pied survenue spontanément chez un enfant de cinq ans et demi jouissant d'une vigoureuse santé. En peu de jours la gangrène s'étendit à tout le pied et la mort vint subitement. Les cas de gangrène sèche sont très rares chez l'enfant, surtout chez l'enfant au-dessous de dix ans. Cependant l'auteur pense que si l'on recueillait toutes les observations de ce genre, la statistique qu'on pourrait en faire infirmerait l'épithète de sénile qu'on donne trop aisément à la gangrène sèche.

LOUIS WICKHAM.

Lèpre. — S. ABRAHAM. On a supposed case of indigenous leprosy (*Path. Soc. of Lond.*, 4 nov. — *The Brit. med. Journ.*, 8 nov. 1890, p. 1067).

Au mois de mai dernier, le Dr Abraham fut chargé par la Société pathologique de Londres de vérifier le diagnostic de lèpre indigène porté sur une femme de 69 ans n'ayant jamais quitté le pays. Il put constater au bras gauche près du coude, une végétation fongueuse occupant une large surface. La peau de l'avant-bras et de la main était épaisse, brunâtre, tachetée, et présentait des cicatrices en plusieurs points. Les doigts étaient fléchis, il y avait de la gangrène de quelques-unes des dernières phalanges. Celle du petit doigt avait subi par ulcération l'amputation spontanée. Pas d'anesthésie bien nette. État parfaitement normal de toutes les autres parties du corps. L'examen histologique a constaté : l'absence de bacilles lépreux; la présence de cellules géantes dans les tissus granuleux, et au niveau de la végétation, une prolifération épithéliale intense avec formes psorospermiques dans les globes épidermiques et les cellules épithéliales.

L'auteur, d'accord avec la plupart des membres de la Société, rejette le diagnostic de lèpre, conclut à la nature tuberculeuse des lésions avec épithélioma secondaire, affirme l'extrême rareté des cas de lèpre indigène en Grande-Bretagne et fait remarquer que nombre d'observations, classées par les anciens auteurs comme des cas de lèpre et non vérifiées par l'histologie, ont pu, comme dans le cas actuel, être l'objet d'erreurs de diagnostic.

LOUIS WICKHAM.

Lèpre. — W. ALLAN JAMIESON. A visit to the Recknaes Hospital for lepers at Molde, Norway (*Édimburgh med. Journal*, novembre 1890, p. 411).

Le docteur Allan Jamieson donne une description de l'hôpital des lépreux de Recknaes : on trouvera tous ces documents dans un article du

directeur de cet hôpital, le docteur Kaurin, paru dans le numéro de juin 1888, p. 394 de ce recueil. L'auteur expose ensuite avec quelques détails les idées du docteur Kaurin sur la lèpre : il parle de ses recherches sur le bacille de Hansen, des résultats négatifs que lui ont donnés jusqu'ici les tentatives qu'il a faites pour le trouver dans la terre, l'eau, les aliments, de l'hypothèse qu'il a émise avec plusieurs autres auteurs d'un stade intermédiaire par lequel ce bacille passerait avant de pouvoir se développer dans le corps humain. Il relate diverses particularités cliniques assez curieuses, et il termine en faisant remarquer que ni l'ichthyol ni l'huile de chaulmoogra n'ont donné de résultats satisfaisants au docteur Kaurin : ce qui semble le mieux réussir, ce sont le régime, les bains, une hygiène excellente, une bonne nourriture : il est de première importance de traiter la maladie dès son début. L. Brocq.

Lèpre. — Edward H. Hicks. Leprosy in the republic of Columbia (*The British medical Journal,* 8 novembre 1890, p. 1060).

L'auteur croit pouvoir estimer le nombre des lépreux de la république de Colombie (Amérique du Sud) à 18 000 sur une population totale de six millions d'individus. La forme tuberculeuse est la plus fréquente, mais on y observe aussi des formes anesthésiques et mixtes. La maladie sévit surtout dans les localités où la température moyenne est de 64° à 73° Fahr., tandis que celles où la température moyenne est de 80° Fahr. semblent exercer sur elle une certaine influence favorable.

L'étude de la propagation de la maladie dans ce pays semble prouver avec la dernière évidence sa nature contagieuse. Dans les districts où elle était autrefois inconnue, elle s'est propagée avec la plus grande rapidité peu après le retour dans leurs foyers de personnes qui avaient pris la lèpre dans une province contaminée, mais la contagion semble ne s'être produite que lorsque les lépreux et les sujets indemnes vivaient dans la plus grande intimité, se servant des mêmes habits et des mêmes ustensiles; tandis que dans les agglomérations où l'on prenait des soins de propreté la contamination ne se faisait pas.

On ne connaît pas de cas d'enfant venu au monde avec la lèpre, mais les fils de lépreux ne deviennent d'ordinaire lépreux qu'après la puberté : quelques-uns cependant présentent les premiers symptômes de l'affection dès l'âge de 6 ans : mais il est probable que la plupart de ces prétendus cas d'hérédité ne sont en réalité que des faits de contagion.

La plupart des lépreux de la Colombie ne mangent pas de poisson, mais de la viande de porc, du poivre de Cayenne; ils boivent de l'eau impure et de la chicha, boisson qui est obtenue par la fermentation du maïs.

La race la plus atteinte est la race blanche, puis les métis d'Indiens et de blancs, puis les Indiens purs, enfin les nègres qui semblent être relativement indemnes. L. Brocq.

Lèpre. — Beaven Rake. The treatment of perforating ulcer in leprosy (*The Britisth medical Journal*, 8 novembre 1890, p. 1057).

L'auteur a essayé l'année dernière dans plusieurs cas un mode de trai-

tement du mal perforant lépreux plus simple que l'élongation du nerf et souvent fort efficace. Il consiste à transpercer le pied avec un bistouri que l'on enfonce dans l'ulcère jusqu'à la face dorsale, puis à inciser tous les tissus en faisant glisser le couteau entre les os. On met ensuite du lint entre les lèvres de la plaie pour arrêter l'hémorrhagie et empêcher une cicatrisation immédiate ; et on laisse l'ulcère se réparer graduellement du fond à la surface. L'auteur publie huit cas qui ont été traités par cette méthode avec un certain succès. Dans le huitième cas le mal perforant récidiva au bout de deux mois, mais après une nouvelle opération il guérit de nouveau. Dans les cas 5, 6 et 7 les résultats obtenus furent incomplets. L'auteur croit que lorsque les ulcères récidivent il est bon de faire à la fois l'élongation des nerfs et l'opération précédente.

L. Brocq.

Lupus. — H. Leloir. Recherches sur l'histologie pathologique et la nature du lupus érythémateux (*Archives de physiologie normale et pathologique*, octobre 1890, p. 690).

Les lésions dermiques consistent en une infiltration diffuse, surtout localisée dans les régions supérieures du derme, et en particulier dans son tiers supérieur, infiltration variable comme densité et comme étendue d'après l'âge du lupus érythémateux et d'après sa forme. Cette infiltration peut s'étendre, sous une forme discrète, dans les parties profondes du derme et jusque dans l'hypoderme. Elle est constituée par une grande quantité de cellules embryonnaires groupées surtout le long des vaisseaux, mais diffusant également dans les mailles du derme et ne se réunissant pas en nodules comme dans le lupus vulgaire. Ces cellules présentent des réactions histochimiques et des apparences très différentes, indices d'une vitalité plus ou moins grande et de leur tendance à subir la dégénérescence granulo-graisseuse ou colloïde, dégénérescence qui frappe non pas les amas cellulaires en masse et à leur partie centrale comme dans le lupus vulgaire, mais atteint les cellules individuellement et d'une façon diffuse. Nulle part on ne trouve de cellules géantes. En même temps que les tissus sont envahis par l'infiltration pathologique, ils présentent tous les signes de la dégénérescence granulo-graisseuse et colloïde, se résorbent, s'atrophient et finalement disparaissent : c'est ainsi que disparaissent les faisceaux du tissu conjonctif et les fibres élastiques ; dans les régions les plus atteintes, ils sont remplacés par des cellules embryonnaires dont la plupart ont subi la dégénérescence granulo-graisseuse ou colloïde, ou par une substance granulo-graisseuse.

Les parois d'un grand nombre de vaisseaux sanguins prolifèrent en beaucoup de points et reviennent à l'état embryonnaire ; un certain nombre d'entre eux sont le siège d'endocapillarite et d'endovascularite oblitérantes ; beaucoup de vaisseaux sanguins sont fortement dilatés, et autour d'eux on constate des signes évidents de diapédèse ; en outre, par places, on trouve de petits foyers hémorrhagiques.

Par suite de la congestion du réseau vasculaire qui les entoure, les glandes pilo-sébacées sont atteintes d'hypersécrétion ; plus tard, elles sont

envahies par l'infiltration, présentent la dégénérescence granulo-graisseuse et peuvent disparaître complètement dans des cas exceptionnels; assez souvent leur conduit s'oblitère; elles deviennent globuleuses et s'enkystent; ordinairement, elles s'hypertrophient et se remplissent de cellules épidermiques desséchées, constituant ainsi les grains de milium ou les bouchons de matière sébacée altérée qui hérissent la face inférieure des croûtes. Les follicules pileux sont dilatés dans les premiers stades. Les conduits excréteurs des glandes sudoripares, et beaucoup plus rarement leurs glomérules, sont envahis par l'infiltration et subissent la dégénérescence granulo-graisseuse et finissent par disparaître.

Les nerfs sont sains; cependant quelques faisceaux nerveux renferment des cellules embryonnaires et quelques-uns sont en voie d'atrophie.

Dans les parties profondes du derme on trouve une dilatation des espaces lymphatiques lacunaires et les lésions histologiques de l'œdème.

Les altérations de l'épiderme consistent principalement dans son atrophie. Au début, il y a une dégénérescence granulo-graisseuse ou colloïde des couches inférieures du corps de Malpighi immédiatement en contact avec l'infiltration; les prolongements interpapillaires subissent cette dégénérescence, s'amincissent et disparaissent progressivement. Le corps de Malpighi proprement dit s'atrophie également et disparaît quelquefois totalement. La couche granuleuse disparaît en général complètement et le stratum lucidum fait défaut. La couche cornée s'amincit. L'épiderme prend le même aspect que dans certaines cicatrices. On ne trouve pas l'altération cavitaire des cellules épidermiques qui produit la vésico-pustulation et que l'on observe fréquemment dans le lupus vulgaire.

Dans la variété acnéique, les glandes sébacées sont notablement hypertrophiées, souvent enkystées et rapprochées de la surface de la peau; elles sont plus ou moins infiltrées de cellules embryonnaires qui, au début, sont surtout abondantes au niveau de leur orifice. Dans cette variété, néanmoins, l'infiltration lupeuse est diffuse, atteint profondément le derme, souvent même l'hypoderme, d'où la nécessité de faire des scarifications profondes pour guérir le lupus acnéique.

Dans le lupus érythémateux des muqueuses, l'infiltration est surtout prononcée au niveau de la région papillaire; elle est généralement accentuée autour des vaisseaux; l'épiderme et en particulier ses prolongements interpapillaires subissent la dégénérescence granulo-graisseuse ou colloïde, mais en quelques points il y a tendance à l'hypertrophie et à la ramification de ces prolongements.

Au sujet de la nature du lupus érythémateux, Leloir réserve absolument son opinion et se refuse à dire s'il s'agit ou non d'une affection tuberculeuse. Il déclare cependant que s'il devait donner une opinion ferme, il dirait que rien n'autorise à faire du lupus érythémateux une tuberculose de la peau, même fortement atténuée; ou bien, dit-il, il faudrait admettre que cette tuberculose est tellement atténuée qu'elle ne présente plus aucun des caractères de la tuberculose.

Le seul argument clinique que l'on puisse invoquer en faveur de la nature tuberculeuse du lupus érythémateux est sa transformation en lupus vulgaire. Leloir déclare que les faits qui pourraient venir à l'appui de cette

transformation doivent être considérés comme des erreurs de diagnostic : ce sont uniquement des faits de lupus vulgaire dans lesquels les nodules confluents, étalés, superficiels, congestifs, siègent dans la couche papillaire et simulent le lupus érythémateux; la lésion, lorsqu'on l'attaque avec le scarificateur ou la curette, présente la mollesse caractéristique du lupus vulgaire et en présente tous les caractères histologiques.

Quant aux lésions anatomiques, elles sont essentiellement différentes dans le lupus érythémateux et dans le lupus vulgaire.

La recherche du bacille tuberculeux faite par Leloir dans le lupus érythémateux a toujours été infructueuse.

Quant à l'expérimentation, elle a également échoué : six essais d'inoculation soit dans la cavité péritonéale des cobayes, soit dans la chambre antérieure de l'œil des lapins, ont constamment donné des résultats négatifs. Dans une des expériences qu'il a faites avec le professeur Cornil, il a obtenu des lésions tuberculeuses chez le cobaye par l'inoculation de fragments de lupus érythémateux de la face, mais ce lupus renfermait quelques nodules tuberculeux disséminés et il s'agissait certainement d'un cas de lupus vulgaire simulant le lupus érythémateux : ce fait ne peut donc être invoqué en faveur de la nature tuberculeuse du lupus érythémateux.

Telle est l'argumentation de Leloir : à notre avis, elle ne tranche pas définitivement la question. Les expériences actuellement poursuivies au moyen des injections de lymphe de Koch aideront sans doute à sa solution. On ne peut contester en tout cas qu'elle demande encore des études nouvelles et plus complètes, en particulier au point de vue clinique, dont le plan seul demanderait un développement que nous ne pouvons nous permettre ici. GEORGES THIBIERGE.

Lymphangiome. — A. SCHMIDT. Beiträge zur Kenntniss der Lymphangiome (*Archiv f. Dermatologie und Syphilis*, 1890, nos 4 et 5, p. 529).

Les deux cas suivants de lymphangiome simple ont été observés à la clinique du professeur Doutrelepont.

I. — *Lymphangiome simple de la peau* (circonscrit).

Il s'agit d'une jeune fille de 7 ans, dont l'affection de la peau remonterait aux premières années d'école. A cette époque, sa mère remarqua trois petites vésicules dont le nombre augmenta lentement. Il y a environ un an, la région qui était le siège des vésicules devint momentanément rouge et tuméfiée.

État actuel. — Sur la peau de la face médiane de la cuisse gauche, entre l'épine iliaque antéro-supérieure et le condyle interne, on voit 12 à 13 élevures isolées ou groupées. Ces élevures, dont le volume varie de celui d'une tête d'épingle à une lentille, sont pigmentées en brun et de consistance ferme. La peau adjacente est normale, ni vaisseaux dilatés, ni œdème; pas d'engorgement des ganglions inguinaux. Une ponction faite dans ces vésicules amène l'issue d'une petite quantité de liquide séreux.

Le lendemain de l'entrée de la malade à la clinique, on fit l'excision de la plus grosse des vésicules avec un fragment de la peau voisine. Du tissu graisseux sous-cutané mis à nu, il s'écoula en abondance une sérosité légèrement jaunâtre, un peu visqueuse, et une petite quantité de sang; en tout 15 cent. c. La plaie se cicatrise normalement.

Quatre jours plus tard, on excise un deuxième groupe de vésicules, même écoulement de lymphe. On détruisit les autres vésicules avec le thermo-cautère.

En examinant au microscope les parties excisées, on constate que dans les points où étaient situées les vésicules il y avait un système de cavités plus ou moins grandes dont une partie sont en communication évidente et dont le contenu, une masse de granulations fixes avec corpuscules lymphatiques, n'est régulièrement conservé que dans des coupes épaisses. Dans tous les points où la paroi de la cavité est facilement reconnaissable, c'est-à-dire où il y a au moins des débris de cette masse granuleuse ou des leucocytes qui adhèrent à cette paroi, on distingue sur celle-ci un endothélium dont les noyaux, régulièrement espacés, forment une légère saillie. Le siège de ces cavités est limité au corps papillaire, au derme et au tissu graisseux sous-cutané. Leur mode de distribution est le suivant: le tissu graisseux, dont une petite partie adhère au fragment de peau excisé, renferme les plus grandes; le derme les plus petites et les plus rares; tandis que le corps papillaire, en certains points (qui forment les vésicules visibles à l'œil nu), en est complètement rempli; il ne reste plus comme limites que des traînées étroites de la couche conjonctive, et les prolongements épithéliaux du réseau de Malpighi sont écartés les uns des autres et souvent allongés. On ne trouve nulle part une cavité complètement entourée d'épiderme, toujours il reste une zone, si étroite soit-elle, de fibres conjonctives entre le calibre et le réseau de Malpighi souvent aplati au point de ne présenter qu'une couche mince de 1 à 2 rangées de cellules. La paroi de la vésicule est donc formée de l'endothélium, d'une bande étroite de fibres conjonctives, d'une ou de plusieurs couches de cellules du réseau de Malpighi et de la couche cornée, qui a partout une épaisseur à peu près uniforme. Le calibre de la vésicule n est pas d'ordinaire constitué par une seule cavité, par un système de divers interstices séparés par de minces travées. Les modifications subies par l'épiderme se bornent à celles produites mécaniquement sur les appendices du réseau de Malpighi; elles ne sont accusées que dans le voisinage immédiat des vésicules. Quant au derme, on observe encore dans les compartiments des grandes et des petites cavités de nombreux corpuscules lymphatiques, en d'autres points du tissu conjonctif — le plus souvent aussi au pourtour des vésicules — des amas de cellules présentant toutes les formes intermédiaires entre les corpuscules lymphatiques et les cellules jeunes de tissu conjonctif. Çà et là, il existe aussi des amas de cellules disposées en cordons sur le trajet des vaisseaux.

II. — *Lymphangiome mucosæ oris simplex* (tuberosum).

Ce cas concerne une jeune fille de 18 ans qui entra à la clinique pour un lupus de la face, de l'avant-bras gauche et un lupus verruqueux du pied droit. En dehors de cette affection, elle présentait la lésion suivante :

La lèvre supérieure est épaissie au niveau de la commissure buccale du côté droit, mais au toucher elle est molle et non infiltrée. La muqueuse est le siège de papules plus ou moins volumineuses jusqu'à un grain de mil, et un peu transparentes; quelques-unes existent aussi sur la peau; d'autres sur un point de la gencive au niveau de l'incision supérieure droite. Cet état, d'après le dire de la malade, remonterait à la naissance.

Des cavités plus ou moins grandes, de forme variable, étaient disséminées irrégulièrement dans le tissu conjonctif de la muqueuse, principale-

ment dans les points où une saillie de l'épithélium indiquait les proéminences visibles extérieurement. Leur paroi est formée d'une simple couche continue d'endothélium, dont les noyaux font une saillie évidente; leur contour est variable. En général, on y trouve une masse granuleuse assez grossière, soit sous forme de granulations en fragments grossiers — regardés par Wegner comme des thromboses lymphatiques désagrégées — soit en forme de réseau. Dans cette masse, on trouve des corpuscules lymphatiques isolés. Rarement la masse est aussi finement granuleuse que dans les cavités de la tumeur décrite ci-dessus. Par contre, quelques interstices sont complètement remplis de sang; en quelques points, le sang pénètre les faisceaux du tissu conjonctif à la façon d'un infarctus hémorrhagique.

La présence des cavités est limitée aux couches moyennes de la muqueuse, notamment à la partie sous-papillaire. Les couches profondes sont peu modifiées, mais la couche papillaire est traversée par de petites fentes qui sont des vaisseaux capillaires irrégulièrement dilatés; toutefois il est impossible, d'après leur forme extérieure, de dire si ce sont des capillaires sanguins ou lymphatiques. Quelques-uns contiennent du sang, d'autres une masse finement granuleuse, la plupart rien.

L'auteur n'a pu les voir déboucher nulle part dans les cavités irrégulières de la couche sous-jacente; quelques-uns cependant se terminaient par des dilatations capillaires. L'épithélium a une structure complètement normale, et aucun des prolongements du réseau de Malpighi encore existants n'a subi de modifications par tiraillements. En un point très circonscrit, les couches de cellules superficielles étaient soulevées par une masse finement granuleuse.

Dans différents points du tissu conjonctif, amas de cellules dont le caractère est intermédiaire entre celui de cellules jeunes de tissu conjonctif et celui de lymphocytes. Parfois on y distingue des cellules disposées en cordons entre lesquelles se trouvent des cellules rondes. Ces amas de cellules se rencontrent notamment dans la couche papillaire. Partout il y a un grand nombre de cellules pigmentées qui suivent les vaisseaux et les cordons cellulaires. Dans toutes les couches de la muqueuse, il existe une quantité considérable de *Mastzellen*.

Parmi les vaisseaux dilatés de la couche papillaire, il faut distinguer des capillaires dilatés et des vaisseaux lymphatiques variqueux; la présence du sang dans quelques cavités et dans le tissu est due probablement à une communication plutôt accidentelle, avec un vaisseau, peut-être déterminée par l'opération; aussi l'auteur n'admet-il pas la dénomination d'hémato-lymphangiome mixte (Wegner). A. Doyon.

Maladie d'Addison. — A.-H.-Ohmann Dumesnil. A peculiar case of Addison's disease (*The Journ. of the Med. Assoc.*, 13 sept. 1890, p. 385).

L'auteur rapporte un cas de maladie d'Addison remarquable par l'apparition d'un signe peu habituel qui donnerait beaucoup de valeur à la théorie pathogénique, d'ailleurs généralement admise, de l'altération du système sympathique.

Il s'agit d'une hyperidrose généralisée, accompagnée d'une bromidrose intense qui apparut environ trois mois après le début de la maladie. L'odeur repoussante de cette hypersécrétion sudoripare rendait insupportable le voisinage même de la chambre habitée par le malade. L'altération ne fut que de courte durée et disparut peu à peu tandis que les autres signes habituels de la maladie d'Addison évoluèrent en ne présentant de particularité digne d'être notée que l'absence de pigmentation de la muqueuse buccale. Peut-être — dit l'auteur — faut-il voir dans l'absence de ce dernier symptôme et l'existence de l'hypersécrétion quelque fait de suppléance comme on en rencontre parfois dans la pathologie; dans certains cas d'érythème noueux avec bronchite, on peut voir par exemple l'éruption cutanée et la bronchite se remplacer l'une par l'autre.

Dans cette observation, l'altération du grand nerf sympathique ne ferait aucun doute. L'auteur rappelle que pour Greenhow et Mac Call Anderson, ce n'est pas tant l'altération même des glandes surrénales que l'extension des lésions de ces glandes au plexus solaire et au ganglion semi-lunaire qui détermine la maladie d'Addison. LOUIS WICKHAM.

Maladie de Paget. — HUME. A case of Paget's Disease of the breast. (*The Lancet*, 18 octobre 1890, p. 823.)

Le docteur Hume a présenté le 9 octobre à la Société médicale de Northumberland et de Durham des coupes histologiques d'un cas de maladie de Paget, qui ont montré de la dilatation des canaux galactophores gorgés de cellules épithéliales, et une prolifération épithéliale active au dedans et autour des acini.

Les lésions de cette maladie sont bien certainement de nature épithéliomateuse dès leur début et s'étendent de l'épiderme aux glandes par les conduits glandulaires.

L'auteur en conclut à la nécessité d'opérer largement et le plus tôt possible ces eczémas chroniques, rebelles au traitement.

D'après le compte rendu de cette présentation, le docteur Hume semble ne s'être nullement occupé de la question des psorospermies, dont il ne fait aucune mention. Ce silence est d'autant plus à regretter que dans le cas actuel, des ganglions atteints de cancer ayant été extirpés et examinés au microscope, leur étude au point de vue des coccidies eût été de première importance. LOUIS WICKHAM.

Maladie de Raynaud. — LOUIS STEVENSON. A case of Raynaud's disease. (*The Lancet*, 1er nov. 1890, p. 917.)

Il s'agit d'une jeune femme de 25 ans atteinte de gangrène de la moitié antérieure du pied gauche, et des deuxième et troisième orteils du côté droit. Rien à noter dans les antécédents; aucun traumatisme. Voici en quelques mots le résumé de l'observation. Début en novembre 1889, au pied droit par de l'engourdissement, des sensations de froid avec perte de sensibilité, puis de la congestion, une coloration bleuâtre de la peau, des picotements douloureux et intenses. Deux mois plus tard, coloration

noirâtre des deuxième et troisième orteils et vives douleurs. Formation de phlyctènes. Gangrène, puis élimination de la phalangette du deuxième orteil et de l'extrémité de la phalangette du troisième orteil. Cicatrisation consécutive.

Au pied gauche, des lésions analogues, mais étendues à toute la partie antérieure du pied, ont paru un mois et demi après celles du côté droit. Les cinq orteils atteints de gangrène se sont éliminés, laissant une ligne de séparation très nette qui s'est rapidement cicatrisée vers le mois de juin 1890.

A côté de ces divers signes qui ne s'éloignent en rien du type normal de la maladie de Raynaud, il s'est produit aux yeux un phénomène rare sur lequel l'auteur appelle l'attention.

Le 11 avril, perte complète et subite de la vue, ayant duré trois minutes à peine. Du 11 au 15, deux ou trois attaques d'obscurcissement de la vue, sans douleurs. Le 8 mai, après avoir tricoté pendant une heure, la malade perdit momentanément la vision des objets rapprochés, tout en conservant intacte celle des objets éloignés. Là s'arrêtent malheureusement les renseignements fournis par le Dr Stevenson, qui attribue ces troubles visuels à des spasmes de l'artère centrale de la rétine. LOUIS WICKHAM.

Œdème. — CHARCOT. L'œdème bleu des hystériques, leçon recueillie par G. Guinon (*Progrès médical*, 11 et 18 oct. 1890, pp. 259 et 275).

Sous le nom d'œdème bleu des hystériques, le professeur Charcot décrit un trouble vaso-moteur, dont il a le premier signalé l'existence dans l'hystérie en le distinguant de l'œdème blanc observé par Sydenham. Caractérisé par une tuméfaction souvent considérable avec coloration cyanotique pouvant devenir violette et presque noire, algidité et anesthésie, l'œdème bleu occupe un membre, soit le membre supérieur, soit le membre inférieur, ordinairement la main. Il a été pris parfois pour un phlegmon, et le professeur Charcot rapporte l'histoire d'une malade chez laquelle un chirurgien avait cru à une périostite et avait pratiqué deux incisions; parfois encore, on croit à une arthropathie. Il se distingue de la maladie de Raynaud en ce que dans celle-ci les phénomènes asphyxiques sont toujours symétriques, quel que soit leur siège, le début de la maladie de Raynaud est toujours progressif et non subit, les phénomènes de syncope locale précèdent l'asphyxie symétrique qui aboutit à la mortification des parties, terminaison que l'on n'observe jamais dans l'œdème bleu. Il est plus difficile de le distinguer de certains troubles vaso-moteurs de la syringomyélie; cependant le diagnostic peut se baser sur l'existence des stigmates hystériques.

Ordinairement, l'œdème bleu survient rapidement en même temps que des accidents d'hystérie locale (paralysie, contracture); on peut le reproduire par suggestion pendant le somnambulisme. Il disparaît en même temps que les phénomènes locaux qu'il accompagne, et c'est sur ces derniers que doit porter l'effort thérapeutique.

GEORGES THIBIERGE.

Myome cutané. — A. Passalacqua. Contribuzione allo studio deleio-myoma cutis (*La Riforma medica*, 17 nov. 1890, p. 1580).

Femme de trente-deux ans, ayant depuis douze ans, au niveau du tiers supérieur de la crête du tibia droit, une petite tumeur du volume d'une cerise, qui augmenta d'abord lentement de volume, puis s'accrut rapidement et qui a atteint le volume d'un œuf de poule : au niveau de la tumeur, la peau est intacte et de coloration à peu près normale.

Après ablation au bistouri, la tumeur est entourée d'une sorte de capsule ayant l'apparence du tissu conjonctif et élastique qui envoie des prolongements dans son intérieur.

Au microscope, cette tumeur est formée de faisceaux de cellules musculaires lisses entre-croisés dans divers sens et dont quelques-uns renferment une petite quantité de tissu conjonctif fibrillaire interposé entre les diverses couches cellulaires.

L'auteur conclut des caractères histologiques de cette tumeur qu'elle provenait de la couche musculaire profonde de la peau, c'est-à-dire de la variété de myomes cutanés à laquelle M. Ernest Besnier donne le nom de myomes dartoïques. Georges Thibierge.

Nævi. — Stephen Paget. Ulceration of nævi. (*The Lancet*, 15 nov. 1890.)

Les nævi vasculaires légèrement surélevés au-dessus du niveau de la peau, mal délimités et pâles, guérissent assez souvent à la suite de la formation spontanée d'une ulcération. Celle-ci survient de très bonne heure, dans la première enfance, elle débute au centre du nævus, est indolore, superficielle, et laisse une cicatrice mince et pâle. C'est le meilleur mode de guérison de ces nævi. Rarement, chez des nourrissons lymphatiques, les ulcérations se creusent et altèrent la santé générale. L'auteur a observé des cas de mort par dépression de l'état général à la suite d'ulcération profonde, à marche très rapide, d'un nævus vasculaire occupant une large surface. Chez un nourrisson syphilitique, un nævus vasculaire étendu à tout le côté droit de la face s'ulcéra rapidement; l'œil fut détruit et la mort survint vers le quinzième jour de la naissance. Louis Wickham.

Parakératose. — Unna. Parakératose scutulaire (*Atlas international des maladies rares de la peau*, 3e livraison, 1890).

Homme de 41 ans, vigoureux, ayant depuis six mois une affection desquamante du cuir chevelu qui a envahi en 2 mois la moitié supérieure de la tête, puis les deux membres inférieurs et depuis 6 semaines les ongles. Tout le cuir chevelu, sauf une bordure de 1 centimètre, est recouvert de croûtes extraordinairement épaisses, un peu grasses au toucher, un peu calcaires dans les parties profondes, qui englobent les cheveux ; ceux-ci sont enfermés dans des espèces de manchettes blanc jaunâtres longues d'environ 1 centimètre qui se fusionnent avec les autres croûtes du cuir chevelu ; au voisinage des croûtes les cheveux sont plus minces, plus secs et plus gris que dans les autres régions ; à la partie antérieure du cuir chevelu, une bande de 1 centimètre, dépourvue de cheveux, rouge, très sèche et rude.

Sur les ailes du nez, autour du nez et de la bouche et entre les sourcils, la peau est grasse et rouge ; aux commissures des lèvres, il y a des croûtes dures, fines et blanches ; dans les sillons naso-labiaux, petits cylindres cornés, blancs, correspon-

dant aux orifices folliculaires; dans l'oreille et le conduit auditif externe, masses cornées semblables correspondant aux follicules et formant des dépôts blanchâtres, calcaires.

Sur la région sternale, les régions périmamelonnaires et la ligne médiane du ventre, larges taches de couleur jaune chevreuil dont les plus jeunes présentent des masses cornées folliculaires d'un jaune rougeâtre rappelant beaucoup les cônes du pityriasis rubra pilaire, les plus grosses de ces masses sont d'un blanc jaunâtre ou crayeux et recouvertes de croûtes; par places, ces croûtes se réunissent pour former des saillies d'un blanc jaunâtre du volume d'une amande à celui d'une prune sèche et ressemblant de loin à un grand godet favique dont le côté convexe serait dirigé en dehors; au-dessous des grosses croûtes de la région sternale, la peau est d'un rouge foncé, humide et brillante, recouverte uniquement par la couche cornée basale non suintante et non hémorrhagique; les orifices folliculaires sont largement ouverts par suite de l'enlèvement des masses cornées qui sont restées adhérentes à la face inférieure des croûtes; après l'enlèvement des croûtes, on remarque surtout sur les grandes croûtes que la peau sous-jacente se rétracte un peu de sorte que les orifices des follicules se rapprochent les uns des autres, en même temps que la peau devient d'un rouge plus foncé comme s'il y avait eu auparavant sur elle une sorte de pression.

Sur le dos, une large bande analogue aux taches de la région sternale s'étend de la dernière vertèbre dorsale jusqu'au sacrum, avec quelques croûtes blanches moins développées qu'à la région antérieure; au niveau du cou, quatre grandes croûtes entourées d'une tache brunâtre.

Sur la face antérieure des membres inférieurs (jambe et cuisse), des taches disséminées, très rouges, recouvertes dans presque toute leur étendue, sauf une auréole périphérique, d'une croûte cornée plate, épaisse, dure, d'apparence crayeuse extérieurement, d'un brillant légèrement humide à sa face profonde; quelques-unes de ces taches atteignent les dimensions d'un œuf d'oie. Les efflorescences des membres inférieurs ont une auréole d'un rouge bleuâtre régulièrement concentrique et des croûtes légèrement ondulées à leur surface.

Taches confluentes à la partie supérieure des bras et sur toute l'étendue des avant-bras, dans leurs régions postérieures ; à gauche, six taches semblables du côté de la flexion.

A tous les doigts, la région antérieure du lit de l'ongle est recouverte d'une couche cornée épaisse, de sorte que l'ongle est plus soulevé au-dessus de son lit au niveau des bords qu'au niveau du centre. Sur les ongles les moins atteints (2e et 3e doigts de chaque main), on constate que la lésion primitive ne porte pas sur l'ongle et que celui-ci n'éprouve que des altérations secondaires (troubles de la coloration, fendillement).

Après l'emploi de l'acide pyrogallique qui produisit une vive irritation, et de préparations résorcinées et soufrées, les cheveux repoussèrent, les ongles reprirent rapidement leur aspect normal, sauf un léger épaississement de leur bord libre et les ésions cutanées guérirent, laissant seulement à leur place une coloration brune sur le tronc et rouge sur les jambes.

L'examen anatomique a porté seulement sur les croûtes : la plus grande croûte du cou, lisse et d'un blanc jaunâtre à sa face externe, légèrement bombée au niveau de sa ligne médiane, était creuse, très mince et bombée, ce qui la faisait paraître plus épaisse qu'elle n'était en réalité; au niveau du fond et des parties périphériques de sa face interne, elle présentait un grand nombre de masses cornées disposées sous forme de piquants terminés en pointe et correspondant aux orifices folliculaires. La disposition creuse ou en bouclier des croûtes semble tenir à la résistance qu'elles éprouvent une fois formées pour s'étendre excentriquement au niveau de leur bord externe replié, et cela est en rapport avec les modifications de la coloration des plaques cutanées après l'enlèvement de la croûte.

Au microscope, les croûtes sont formées de couches de cellules cornées renfermant de la graisse en quantité variable, mais généralement peu considérable ; les masses ou colonnettes cornées sortant des follicules pileux avaient une grande analogie avec les cônes cornés du pityriasis rubra pilaire et étaient formées d'écailles cornées en forme de tubes engainés les uns dans les autres. Ces masses cornées renfermaient souvent plusieurs cheveux placés les uns au-dessous des autres et ayant

par conséquent quitté le follicule à des époques différentes, les cheveux placés inférieurement étant les plus volumineux, probablement parce que le follicule s'agrandit avec le temps par suite du caractère légèrement inflammatoire de l'affection.

Il s'agit certainement dans ce cas d'une anomalie de la kératinisation (parakératose) accompagnée de phénomènes inflammatoires légers et superficiels, se rattachant aux autres parakératoses inflammatoires et en particulier au pityriasis pilaire de Devergie; en raison de la forme en bouclier des grandes croûtes, Unna propose de lui donner le nom de Parakératose scutulaire. GEORGES THIBIERGE.

Pemphigus. — J.-V. SALVAGE. A case of acute pemphigus with transference of the local lesion by direct contagion (*The Lancet*, 1890, n° 3477, p. 850).

Il s'agit d'un enfant nouveau-né qui, au troisième jour de sa naissance, avait à la nuque deux bulles de la dimension d'un florin; d'autres plus petites apparurent sur la poitrine et à la partie interne des cuisses. La température était à 102°,5 F. l'enfant était agitée et refusait le sein. De nombreuses bulles nouvelles se montrèrent les jours suivants sur le cuir chevelu, la face, la poitrine, les bras et les jambes. Deux de ces éléments, d'un pouce et quart de diamètre, et mélangés à d'autres plus petits, recouvraient complètement la moitié supérieure du dos; la plupart étaient circulaires, à contenu clair et fluide, sans zone inflammatoire et sans tendance à coalescer ni à devenir pustuleuses.

La paume des mains et les plantes des pieds étaient seules intactes.

Il n'y eut ni pigmentation ni cicatrices, mais une quinzaine de jours après que la formation bulleuse eut cessé, la desquamation survint, avec exfoliation de l'ongle du pouce droit.

Les muqueuses restèrent intactes; mais l'état général fut assez sérieux (agitation, vomissements, légère laryngo-bronchite).

On donna la liqueur arsenicale à la dose de un *minim* (0 cc. 059) trois fois par jour. Une amélioration notable s'en suivit.

Mais quatre jours après la guérison de l'enfant, plusieurs bulles apparurent sur le sein et les avant-bras de la mère — exactement semblables à celles de sa fille. — Elles persistèrent trois ou quatre jours et il n'en parut pas d'autres.

L'auteur admet qu'elles résultaient d'une contagion locale : la mère portait des manches courtes et pendant les trois ou quatre jours qui précédèrent son éruption, avait eu presque constamment son enfant sur les bras Elle n'eut pas d'ailleurs de symptômes généraux.

Aucun soupçon de syphilis. L. JACQUET.

Purpura. — V. HANOT et C. LUZET. Note sur le purpura à streptocoques au cours de la méningite cérébro-spinale streptococcienne; transmission du purpura de la mère au fœtus (*Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, novembre 1890, p. 772).

Une femme de 22 ans, arrivée au terme d'une grossesse, est prise très rapide-

ment de troubles de la vue bientôt suivis de coma; on constate à ce moment l'existence d'une éruption purpurique qui occupe les membres inférieurs, les fesses et l'abdomen, sous la forme de taches variant de 2 ou 3 millimètres à 8 ou 10 millimètres de diamètre, les plus larges formées par la confluence d'éléments plus petits; on trouve également quelques taches analogues sur les membres supérieurs. La malade accouche d'un fœtus mort, un peu macéré. Le coma persiste, accompagné d'un peu de raideur de la nuque, sans convulsions ni contracture des membres. Mort le quatrième jour de la maladie. Quelques phlyctènes se sont développées sur les taches purpuriques.

A l'autopsie, lésions du foie, de la rate et des reins comme on en trouve dans les maladies infectieuses; méningite cérébro-spinale suppurée; un foyer de ramollissement rouge dans le corps strié gauche.

Le fœtus ne présente pas de traces de taches purpuriques sur la peau; mais les cavités séreuses (péritoine, péricarde, plèvres) contiennent toutes un peu de sérosité teintée de rouge, sans fétidité, sans flocons de fibrine; le thymus a une teinte rose vineux avec des taches hémorrhagiques discrètes, d'un rouge foncé, de 1 à 2 millimètres de diamètre, que l'on trouve également sur la coupe; le péricarde viscéral est recouvert d'ecchymoses noires très abondantes au niveau des sillons verticaux et horizontaux; le poumon présente également à sa surface des taches rouges hémorrhagiques disséminées, ainsi que la plèvre médiastine et costale des deux côtés; le foie est lisse et mou, mais sans piqueté hémorrhagique; il n'y a pas de pétéchies ni à la surface de la rate ou des reins, ni sur le péritoine. Pas de pus dans aucune cavité.

Par l'examen microscopique et par les cultures, on constate la présence du streptocoque dans divers viscères et liquides de la mère et du fœtus.

Cette intéressante observation présente plusieurs points à relever.

D'abord, la transmission de la mère au fœtus d'une infection hémorrhagique : ce fait a déjà été signalé par Dohrn qui a vu une femme atteinte de purpura avec conservation de l'état général accoucher d'une enfant atteinte de lésions purpuriques de la peau, mais bien portante, et qui vécut.

Ensuite, la présence du streptocoque auquel il faut attribuer sans aucun doute les hémorrhagies observées chez la mère et chez le fœtus.

On peut encore se demander si, en outre du rôle joué par l'infection du liquide sanguin dans la production des hémorrhagies, la lésion méningée n'a pas favorisé la localisation de ces hémorrhagies, si en un mot on ne se trouve pas en présence d'un cas de purpura à la fois infectieux et myélopathique. La pathogénie des lésions purpuriques comme celle des érythèmes est, en effet, si complexe dans chaque cas, qu'il ne nous paraît pas impossible de faire intervenir ici ces deux éléments.

GEORGES THIBIERGE.

Sclérodermie. — SUCKLING. Acute scleroderma. (*Midland med. Soc.*, 22 oct. — *The Brit. med. Journ.*, 15 nov. 1890, p. 1126.)

Le Dr Suckling a présenté à la Société un malade atteint, sur une grande partie du corps, de tension et de dureté du tissu cellulaire sous-cutané et de la peau. Les lésions ont débuté il y a quatre semaines, aux mollets puis se sont étendues rapidement aux cuisses et à la poitrine, au cou et à la face. La peau est adhérente aux surfaces osseuses et ne peut être plissée. A la face et au cou, sièges de lésions plus intenses, les mouvements sont gênés. La transition des parties saines aux parties malades est insensible, comme on peut s'en rendre compte aux creux axillaires.

La sclérodermie, qui s'est développée en quatre semaines, présente depuis quelques jours une amélioration très sensible et à marche rapide. Il n'a été constaté chez ce malade aucune autre lésion qui aurait pu avoir quelque rapport avec l'altération cutanée.

LOUIS WICKHAM.

Sycosis. — SHOEMAKER. The pathology and treatment of sycosis (*The Journ. of the Amer. Med. Assoc.*, 2 août 1890, p. 177).

Après une étude histologique détaillée des poils normaux, l'auteur résume les travaux de Robinson sur la pathologie du sycosis. Dans cette affection, le point de départ de l'inflammation siège dans la zone vasculaire externe du follicule pileux aux confins du chorion. Il s'agit au début d'une véritable folliculite.

Le traitement interne est de toute nécessité dans cette affection où l'état général des malades constitue un important facteur étiologique. Les toniques, l'arsenic devront être administrés; on suivra avec soin le régime et l'hygiène. Comme traitement local, l'auteur rejette l'épilation et le rasage qui peuvent être cause d'inflammation et recommande de couper les cheveux aux ciseaux aussi ras que possible. Il conseille d'abord les pommades ou lotions émollientes dans lesquelles on incorpore des substances antiseptiques non irritantes. Quand les croûtes sont tombées et que l'inflammation est moins vive, il fait quelques scarifications aux points les plus malades; puis il emploie une solution au sublimé à 1 ou 2 p. 1 000 et des pommades à l'oléate de mercure de 5 à 20 p. 100, ou au nitrate de mercure.

Il recommande aussi le soufre, l'huile de cade, le naphtol, la résorcine, l'ichthyol, les acides salicylique et borique.

LOUIS WICKHAM.

Urticaire. — W.-A. WILLIS. Two cases of hœmorrhagie urticaria (*The Lancet*, june 14, 1890, p. 1296).

La première de ces observations se rapporte à un jeune homme de 17 ans, employé des postes, qui, sans rien de particulier dans ses antécédents, sans manifestations antérieures d'hémophilie notamment, remarqua une petite tache rouge légèrement saillante à la partie interne de sa jambe droite. Deux ou trois jours après, de nombreuses taches analogues apparaissaient à la partie interne des deux jambes. Ces taches étaient accompagnées d'une légère démangeaison. Les chevilles et le genou droit commencèrent à enfler et à se montrer douloureux, surtout la nuit. Du reste, pas d'autres symptômes généraux qu'un peu de fièvre.

Rien d'insolite dans l'alimentation les jours précédents; il se rappelait simplement avoir mangé, quelques jours auparavant, un œuf d'autruche. En revanche il s'était surmené de travail et avait souffert du manque d'air frais.

A son entrée, les mains et les bras et à un moindre degré la figure et les fesses étaient couvertes de nombreuses taches irrégulières légèrement

saillantes ; les plus récentes semblables aux élevures d'urticaire vulgaire, mais les anciennes d'une couleur pourpre sombre à cause de la présence du sang épanché. Les premières taches avaient disparu, laissant des teintes ecchymotiques. Épanchement indolore dans le genou droit. Rien au cœur ni aux poumons. T. 100° F. le soir.

Le 7 avril, gonflement douloureux du coude gauche et des deux poignets.

Le 9, hémorrhagie sous-périostale aux avant-bras, gencives saignantes.

Le 10, hémorrhagie dans la paupière supérieure droite ; elle disparut en quelques jours ; gonflement douloureux de l'épididyme droit.

Le 11, épanchement sanguin dans la paupière gauche. La température s'élève pour la première fois à 103°, 8.

Pendant ce temps les papules d'urticaire hémorrhagique avaient disparu pour la plupart, quoiqu'il s'en montrât encore quelques-unes.

Le sang fut examiné à ce moment par le Dr Hepp, qui constata simplement un léger excès de globules blancs, mais aucun micro-organisme.

Le 13 survint un vaste œdème du cuir chevelu qui disparut graduellement en trois jours.

Le 16, un peu de sang noir dans les crachats.

L'examen des poumons révéla une résonance affaiblie, une respiration bronchique, et quelques crépitations à la fin de l'inspiration dans le creux sus-claviculaire gauche et la fosse sus-épineuse.

Les jours suivants amélioration de l'état général, mais l'obscurité du sommet gauche augmenta encore. Une ponction exploratrice n'amena aucun résultat. T. entre 99° et 100°.

Le 21, apparition de nombreuses taches nouvelles sur les bras, les épaules et les chevilles, elles ressemblaient d'abord à des élevures d'urticaire banale, puis devinrent hémorrhagiques.

Le 25. — Le sommet du poumon reprit son état normal, et depuis cette époque, pas de nouvelles élevures ; amélioration rapide — et enfin guérison.

La seconde observation est très analogue à la précédente, mais la terminaison en fut fatale.

Georges H..., 28 ans, garçon de cabaret, toussait depuis son enfance. Le 5 février taches vers les cuisses, genoux enflés et sensibles. Peu après apparition des taches aux bras, au visage, douleurs des autres grandes jointures. Bientôt gonflement et sensibilité des gencives, taches et plaques d'un pourpre sombre, légèrement saillantes sur les téguments, puis bronchite, emphysème, dyspnée et finalement syncope mortelle le 17 février. La température avait oscillé entre 101° et 103°.

A l'autopsie, on put constater que les taches et plaques étaient dues à des extravasations sanguines s'étendant à toute l'épaisseur du tissu cellulaire sous-cutané.

Au cœur, anneau de végétations récentes sur la valvule mitrale ; quelques-unes aussi sur la tricuspide. Pétéchies de l'endocarde et du myocarde.

Reins analogues aux reins cardiaques.

L'auteur déclare qu'en présence de ces faits il était difficile de songer au *purpura* simple et hémorrhagique ou au *scorbut ;* il repousse le dernier diagnostic en raison de l'anamnèse qui indiquait aucune privation

d'aliments frais et de végétaux. Quant au *purpura*, c'est, dit-il, un diagnostic bien vague. Il se borne à déclarer qu'il a eu affaire à une maladie infectieuse causée par l'absorption d'un poison vraisemblablement d'origine microbienne. Il s'appuie sur ce fait que son premier malade s'est trouvé exposé à un empoisonnement graduel, dû à des conditions de canalisation défectueuses; son frère était entré à l'hôpital quatre mois auparavant pour une fièvre typhoïde et déclara qu'il régnait dans sa maison de mauvaises odeurs. Celles-ci amenèrent à visiter les conduites de vidange : or la principale d'entre elles était complètement bouchée et il existait une infiltration considérable dans le sous-sol.

L'éruption dans les deux cas a été très analogue : le premier phénomène était une élevure cutanée circulaire, d'un quart de pouce de diamètre, qui avait d'abord toutes les apparences de l'urticaire, mais qui rapidement devenait hémorrhagique.

L'existence des arthropathies amène l'auteur à discuter l'hypothèse d'un rhumatisme aigu ; mais il fait remarquer que les ostéites avaient l'aspect de celles de la pyémie et non celui du rhumatisme.

Enfin il adopte le terme d'*urticaire hémorrhagique*, et compare ses observations à quelques faits analogues publiés par Todd, Widd et J.-J. Pringle.

L. Jacquet.

REVUE DES LIVRES

Zambaco Pacha. — **Voyages chez les lépreux,** 1 vol. in-8. Paris, Masson, 1891.

Nous signalions dernièrement le mouvement qui se fait en Angleterre en faveur des lépreux de l'Inde, la formation d'un comité spécial chargé d'étudier la lèpre et la publication d'un journal exclusivement consacré à la lèpre (V. *Annales de Dermatologie*, 1890, p. 764). Ce mouvement se reproduit un peu partout et les études sur la lèpre sont plus que jamais à l'ordre de jour. Surtout la contagiosité de la maladie reste encore en discussion, et, malgré que cette doctrine gagne chaque jour du terrain, nombre d'observateurs, et non des moins éminents, restent encore anticontagionnistes, estimant que les arguments fournis jusqu'à ce jour sont insuffisants et s'efforçant d'opposer à la théorie de la contagiosité les arguments les plus solides. De ce nombre est notre excellent et honoré confrère le Dr Zambaco Pacha, dont l'infatigable ardeur au travail et la haute valeur scientifique sont appréciées de tous.

Bien placé pour étudier la lèpre, M. Zambaco Pacha nous annonce l'intention de publier un grand ouvrage sur la lèpre en Orient, ouvrage qui sera illustré des reproductions des magnifiques aquarelles dont il a déjà promis les originaux au musée de l'hôpital Saint-Louis.

Pour recueillir les documents nécessaires à la rédaction de ce monument, M. Zambaco Pacha a entrepris une série de voyages dans un certain nombre de pays d'Orient où la maladie est endémique; ce sont ces voyages qu'il nous raconte dans un récit alerte et attachant, rempli d'observations médicales et d'anecdotes de voyage qui en rendent la lecture particulièrement facile et amusante. Il nous conduit successivement en Egypte, à Jérusalem, dans les îles de Samos, de Chypre, de Metelin, de Chio et de Crète, nous promène à Smyrne et chez les moines du mont Athos et nous décrit en détail la léproserie de Scutari.

A ces notes de voyage personnelles il ajoute celles d'un confrère distingué, le Dr Joannidès, qui s'est chargé de visiter pour lui les îles de Calymnos, de Cos, de Nissyros, de Telos, de Symi, de Rhodes, de Leros et de Patmos. C'est un voyage dans l'archipel Ionien et sur une partie des côtes de l'Asie Mineure que le lecteur effectue ainsi sans se déranger et dont il peut suivre facilement l'itinéraire sur la carte que M. Zambaco a

pris la peine de joindre à son volume. L'impression qui s'en dégage, c'est que dans ces pays d'Orient règne encore la plus épouvantable saleté, que la plupart de ces malheureuses populations croupissent dans la misère la plus sordide et que l'absence absolue des soins d'hygiène les plus élémentaires, l'abjection du régime alimentaire auquel elles sont obligées de se soumettre, entretiennent et propagent la lèpre.

Quant aux lépreux de ces pays, variant en nombre, on peut dire, suivant que les conditions hygiéniques sont plus défectueuses, tantôt ils sont réunis et groupés dans des sortes de léproseries qui rappellent par plusieurs côtés celles du moyen âge, tantôt ils sont laissés libres au sein des populations. Il est à noter que la croyance populaire à la contagion existe presque partout; et, fuis de tous, repoussés de tous les côtés, les malheureux lépreux, s'ils sont sans ressources, sont réduits à vivre en parias, soutenus par quelques charités, mais le plus souvent dénués de soins. C'est pour ces misérables que M. Zambaco Pacha demande pitié. Par des exemples qu'il cite à chaque page, il s'efforce de montrer que la lèpre n'est pas contagieuse, qu'elle peut s'améliorer par un traitement et une hygiène convenable, mais que les unions entre lépreux, ou entre lépreux et personnes saines, doivent être défendues pour empêcher la maladie de se continuer par hérédité. Mais, si anticontagionniste qu'il soit, M. Zambaco Pacha se défend de la pensée qu'on pourrait lui prêter de vouloir laisser les lépreux vivre en liberté dans la société. Il demande au contraire qu'ils soient mis à part, mais pour être entourés des soins qui conviennent à leur état et ne plus être traités comme des animaux dangereux. Les mesures dont il croit l'application nécessaire, nous les trouvons exposées dans la réponse donnée par M. Zambaco au prince de Samos, qui lui demandait un modèle de réglementation :

« 1° Instituer une léproserie à une certaine distance des habitations, conformément aux règles hygiéniques, et loin des régions où la maladie sévit endémiquement;

2° Réunir dans cet asile tous les lépreux, à tous les degrés, qu'une commission médicale, en état de diagnostiquer la lèpre dès son début, désignera par certificats;

3° Défendre le mariage aux lépreux et même à toute personne suspecte jusqu'à ce que le médecin inspecteur conclue à l'autorisation;

4° Proscrire de la nourriture des lépreux les salaisons, les poissons tarés, le tarama, l'huile, le porc, et rendre obligatoire tout au moins un bain par semaine;

5° Faire soigner les lépreux thérapeutiquement; car l'expérience prouve qu'il y en a qui guérissent et la plupart s'améliorent par la bonne hygiène et les soins médicaux intelligemment dirigés;

6° Isoler tous les enfants des lépreux et les placer en observation jusqu'à l'âge adulte, d'ordinaire terme extrême de la manifestation de la lèpre héréditaire;

7° Faire rédiger et distribuer au peuple une petite brochure où seront formulés les conseils hygiéniques concernant surtout la propreté et la nourriture, et dont la négligence me paraît avoir pour effet de favoriser le développement de la lèpre, dans les pays où elle est endémique. »

Ces mesures satisferaient, comme on le voit, le plus farouche des contagionnistes. Sur le terrain prophylactique l'entente est donc commune, et c'est là le point essentiel.

Et maintenant nous attendons, non sans impatience, la publication du bel ouvrage que nous promet M. Zambaco Pacha. Par l'intérêt que nous offrent déjà une partie des notes recueillies pour le composer, nous pouvons juger de la grande valeur que ne pourra manquer de présenter l'ensemble.

Henri Feulard.

P. Mazzitelli. **Clinica dermosifilopatica della R. Università di Messina. Rendiconto clinico del triennio 1886-1889** (1 vol. in-8° de 130 pages. Messine, 1889).

En trois ans, il est passé dans le service de clinique dermatologique de Messine, confié au professeur Mazzitelli, 496 malades, dont 179 seulement sont entrés dans le service et 317 ont été soignés à l'Ambulatoire (consultation externe). Sur ce nombre restreint de malades, Mazzitelli a pu cependant recueillir 36 observations intéressantes qu'il donne *in extenso* : la plupart ont trait à des lésions syphilitiques des voies digestives ou respiratoires; parmi celles portant sur des maladies cutanées, nous signalerons un cas d'eczéma chronique avec éléphantiasis consécutif, et mort par dégénérescence amyloïde, un cas de pityriasis rubra, un cas de purpura avec autopsie.

Georges Thibierge.

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 27138.

MÉMOIRES ORIGINAUX

NOTES POUR SERVIR A L'HISTOIRE DES NÉVRODERMITES.

DU LICHEN CIRCUMSCRIPTUS DES ANCIENS AUTEURS, OU LICHEN SIMPLEX CHRONIQUE DE M. LE Dr E. VIDAL.

Par MM. **L. Brocq** et **L. Jacquet.**

(*Suite.*) (1)

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Le lambeau cutané sur lequel a porté notre examen provient de la malade de l'observation n° 1 ; ce lambeau a été excisé sur les limites de la plaque de dermite, au niveau de sa zone moyenne où se voyaient nettement de petites papules isolées. Il a été durci par l'alcool. Les coupes pratiquées en séries ont été colorées par le vert de méthyle, le carmin d'alun et le picro-carmin.

Nous passerons successivement en revue les lésions du derme et de l'épiderme. Nous serons brefs, car elles ne diffèrent pas des lésions connues des dermites chroniques; quelques particularités méritent cependant d'être relevées.

1° *Derme.* — Dans sa partie profonde, peu de lésions : quelques traînées périvasculaires de cellules lymphoïdes; au milieu de certaines de ces traînées, on voit nettement des artérioles et des veinules à parois saines ; les cellules fixes du tissu connectif n'ont pas proliféré. Les fibres élastiques et les faisceaux conjonctifs sont normaux.

Autour des follicules pilo-sébacées, il existe des amas lymphoïdes un peu plus compacts, au milieu desquels se distinguent de rares capillaires, à parois nettement embryonnaires.

La gaine conjonctive et la gaine épithéliale externe de l'un de ces follicules sont envahies et dissociées par les cellules migratrices.

Les glandes sudoripares sont saines. Nous avons pu voir près d'un groupe glandulaire la coupe transversale d'un filet nerveux ; son périnèvre est notablement épaissi ; c'est tout ce que la technique employée ici nous permet de dire.

(1) Voir numéro de février, p. 97.

Dans la portion papillaire du derme, les lésions sont un peu plus marquées.

Les cellules lymphoïdes en amas ou en traînées périvasculaires sont plus abondantes. Les cellules fixes sont tuméfiées, granuleuses. Un certain nombre sont en voie de prolifération. Disséminées parmi elles, se voient quelques *rares* cellules chargées de granulations pigmentaires.

Quant aux papilles, elles sont évidemment hypertrophiées dans toutes leurs dimensions; leurs vaisseaux ne semblent pas dilatés, mais elles contiennent en plus ou moins grand nombre des cellules rondes ou ovalaires, éparses au milieu d'une petite quantité d'exsudat granuleux, formant çà et là de très fines travées. Il y a donc un certain degré d'*œdème papillaire;* ces lésions, ainsi que les figures de karyokinèse, eussent été plus faciles à étudier sur une pièce fixée par d'autres réactifs que l'alcool. Nous avions mis une partie de notre fragment biopsique dans le liquide chromo-acéto-osmique de Flemming; malheureusement, cette pièce a été égarée.

Toutes les papilles ont subi l'infiltration embryonnaire, mais à des degrés bien différents. Dans la plupart d'entre elles, cette infiltration est modérée; mais il en est *trois ou quatre, de dimensions très supérieures aux papilles voisines, qui sont bourrées d'éléments migrateurs. C'est à leur niveau que l'exsudat œdémateux est surtout appréciable; ce sont elles qui constituaient les fines papules visibles à l'œil nu et mieux à la loupe, à la partie moyenne de la plaque de dermite.*

Nous allons y revenir en parlant de l'épiderme.

Épiderme. — Le corps muqueux, dans son ensemble, est notablement augmenté d'épaisseur. Ses prolongements interpapillaires, également épaissis, quelques-uns même dans des proportions très considérables, s'enfoncent assez profondément dans le derme papillaire; assez souvent ils se bifurquent et s'unissent aux prolongements voisins. La couche granuleuse est, presque partout, conservée et intacte. Le stratum lucidum a disparu, au contraire, à peu près totalement, et, sur d'assez grandes étendues de la couche cornée, on retrouve aisément les noyaux cellulaires; la couche cornée est cependant d'une cohérence à peu près normale. La kératinisation est donc simplement un peu affaiblie.

Revenons au corps muqueux : un peu partout il est infiltré de cellules migratrices. — Çà et là quelques cellules épithéliales montrent les lésions de l'*altération cavitaire*. Mais il est des points où ces lésions ont pris beaucoup plus d'importance : ce sont ceux où nous avons signalé les grosses papilles, les papules papillaires pour mieux dire. En ces points l'on voit les couches inférieures de cellules muqueuses y compris celle des *cellules en palissade envahies, effondrées* par les éléments migrateurs qui dissocient les cellules du corps mu-

queux, s'infiltrent dans leurs interstices et pénètrent jusqu'à la couche granuleuse. Sous l'influence de cet envahissement les cellules de Malpighi réagissent : quelques-unes sont simplement tuméfiées ; la plupart entrent en prolifération bi ou trinucléaire, un grand nombre présentent à divers degrés l'altération cavitaire. Celle-ci reste à peu près exclusivement mono-cellulaire; en très peu de points se montrent de petites cavités formées par la réunion de deux cellules creuses voisines; la tendance à la vésiculation existe donc, mais ne dépasse pas son premier degré. Nous avons noté peu de figures de karyokinèse, ce qui tient sans doute au mode de fixation que nous avons employé.

En résumé, cette étude anatomo-pathologique est la démonstration de l'hypothèse de Cazenave, qui admettait *a priori* que les papules du lichen circonscrit correspondent à des *papilles* hypertrophiées. Il croyait en outre que les *papilles nerveuses seules* étaient le siège de cette hypertrophie,et par papilles nerveuses il entendait évidemment celles qui sont munies de corpuscules du tact ; sur ce point, nous ne pouvons rien ajouter à son affirmation — que nous espérons pouvoir contrôler ultérieurement. Mais il n'en est pas moins vrai que certaines papilles prennent un développement beaucoup plus marqué que leurs voisines, quoiqu'elles soient soumises aux mêmes causes d'irritation. Nous reviendrons plus loin sur ce fait, qui pourrait être présenté comme une objection à l'interprétation pathogénique que nous allons proposer.

PATHOGÉNIE ET NATURE

Appuyés sur la description qui précède, pouvons-nous arriver à une conception rationnelle du mécanisme pathogénique de cette dermatose et de sa nature intime? Trois grands caractères se dégagent nettement de l'ensemble des symptômes et de l'anatomie pathologique :

1° Le nervosisme des sujets;

2° La constance et l'intensité du prurit.

3° La banalité presque complète des lésions cutanées qui sont en somme jusqu'à un certain point comparables à des plaques de dermite chronique.

Il est donc tout naturel de rappeler ici les recherches déjà mentionnées de l'un de nous (1) qui semble avoir démontré par des expériences cliniques faciles à répéter le rôle important des irritations extérieures sur les téguments à dynamisme vaso-moteur modifié ou altéré : d'où la formule qu'il a proposée : *Ce n'est pas l'élément éruptif*

(1) L. Jacquet, *loc. cit.*

qui est prurigineux, c'est le prurit qui est éruptif. Cette formule est incomplète, comme nous le verrons; cependant elle est plus exacte que le langage dermatologique usuel; elle exprime simplement ceci, que le prurit, par les irritations mécaniques qu'il provoque, est l'agent principal de la lésion cutanée.

L'antériorité du prurit est un fait matériellement acquis dans les observations V et VII : cela seul suffit à prouver qu'il peut, au moins dans certains cas, précéder tout phénomène éruptif, et que ce n'est pas alors la *lésion cutanée qui est la cause du prurit.* Nous sommes convaincus qu'il en est toujours de même : si le fait n'est pas nettement spécifié par tous les malades, c'est qu'ils ont perdu de vue le mode de début exact de leur affection, ce qui ne saurait surprendre, puisque lors de l'interrogatoire, on se trouve en présence d'une maladie datant déjà d'une ou de plusieurs années.

Nous pouvons d'ailleurs invoquer à l'appui de ce dire le résultat fort net qu'a produit l'enveloppement dans le cas de l'Obs. I. Là, en effet, en douze jours, et quoique la malade ne l'ait pas très soigneusement respecté, les lésions ont diminué, et dans leur ensemble, se sont affaissées de moitié. L'éruption a d'ailleurs continué à s'améliorer sous l'influence d'emplâtres de diverses natures, qui, pour le dire en passant, dans ces cas tout au moins, agissent bien plutôt, selon nous, par *protection* que par *action médicamenteuse* proprement dite.

Nous devons toutefois mentionner ici que, contrairement à ce que l'un de nous a signalé dans le mémoire auquel nous avons fait allusion, le *prurit n'a nullement été soulagé par l'enveloppement.*

Ce fait est, ce nous semble, de la plus haute importance : il nous montre que toutes ces névroses de la peau sont loin d'être comparables entre elles. Dans l'ensemble des phénomènes nerveux désignés en bloc sous la nomination de *prurit*, il y a très certainement une analyse, une dissociation à faire, et l'on trouvera peut-être, quand cette analyse sera possible, qu'on doit distinguer *diverses variétés de sensations* provenant de *sources* nerveuses ou tout au moins d'*actions* nerveuses différentes qui peuvent fort bien répondre d'une façon dissemblable aux procédés thérapeutiques, à l'enveloppement en particulier ; mais nous ne pouvons nous appesantir davantage sur ce sujet.

Enfin la banalité même des lésions que nous a révélées le microscope, leur analogie avec celles qu'entraînent du côté des téguments les irritations extérieures connues et indiscutables dans leur nature, nous semblent confirmer encore notre opinion que c'est bien le prurit, ou pour mieux dire la névrose cutanée, qui constitue l'élément primordial, essentiel, d'où découlent tous les autres symptômes.

Ici, comme pour la dermatite herpétiforme, il est absolument impossible de bien comprendre l'affection si l'on s'en tient unique-

ment à l'analyse des phénomènes objectifs ; il faut remonter plus haut, c'est-à-dire au système nerveux : *nos malades ont des douleurs cutanées comme d'autres ont de la gastralgie* ou toute autre manifestation de souffrance de l'appareil cérébro-spinal. Malheureusement les malades porteurs de ces zones prurigineuses provocatrices de lésions dermiques, de ces névrodermites, véritables stigmates d'un mal profond, que faute de mieux nous nommerons le nervosisme, ces malades, disons-nous, n'ont pas encore été suffisamment étudiés au point de vue de l'état général, parce que la lésion cutanée retenait trop l'attention : c'est une lacune à combler.

Il y a cependant à la théorie que nous venons d'exposer une objection en apparence assez forte et qui vient immédiatement se présenter à l'esprit :

Si les irritations cutanées extérieures, les traumatismes de tout genre, frottements, grattages, etc., doivent seuls être mis en cause, pourquoi certains cas de dermalgie, de névroses circonscrites de la peau, comme par exemple certains prurits des parties génitales, restent-ils indemnes de dermite malgré l'intensité des irritations locales ?

Bien que cette question soit des plus difficiles à résoudre dans l'état actuel de la pathologie du système nerveux, nous admettrions volontiers l'hypothèse suivante, laquelle est tout au moins plausible : dans la pathogénie des névroses cutanées dont nous entreprenons l'étude, il y a sans doute plusieurs éléments en cause : l'un d'eux, le prurit, nous est connu, et encore combien incomplètement ! Mais certains autres nous échappent ; par exemple, l'influence trophique, l'influence nerveuse qui règle l'équilibre vaso-moteur etc., tous actes qui ne se trahissent ou plutôt que nous ne connaissons que par leurs effets : or, suivant que ces *actes nerveux* seront ou non associés au prurit, les effets sur la zone cutanée soumise aux irritations provoquées par le prurit pourront varier de l'*hyperémie fluxionnaire fugace aux lésions durables de la dermite proprement dite :* il y aura, ou non, tendance plus ou moins marquée à la formation d'altérations apparentes des tissus. Ainsi s'explique peut-être pourquoi certaines névroses de la peau ne s'accompagnent pas de lésions fixes des tissus alors que d'autres *semblent avoir une tendance naturelle à former ces lésions.*

En somme, nous sommes obligés d'admettre, et nous sommes les premiers à le reconnaître, que dans la pathogénie de l'éruption du lichen simplex chronique le traumatisme, conséquence du prurit n'est pas tout, qu'il y a une autre cause qui nous échappe, *une sorte de prédisposition spéciale du sujet à se lichénifier ;* mais il est bien certain, d'après tout ce qui précède, que le traumatisme joue ici le rôle de cause déterminante.

Voilà pourquoi nous disions plus haut que la formule : « ce n'est pas

la lésion qui est prurigineuse, mais le prurit qui est éruptif », quoique constituant un progrès sur le langage dermatologique ordinaire, est encore incomplète et insuffisante ; *ce prurit n'étant en quelque sorte que l'agent provocateur des lésions cutanées.*

Si l'on nous a suivis dans cette analyse un peu subtile peut-être, mais reposant, somme toute, sur l'observation des faits, on comprendra assez facilement, croyons-nous, qu'il n'y ait pas dans le lichen simplex chronique d'élément éruptif absolument caractéristique, de lésion élémentaire pathognomonique, comme l'est, par exemple, pour le lichen plan, la papule polygonale aplatie et brillante du début ; mais, lorsque l'on considère l'affection dans son ensemble, on reconnaît qu'elle a vraiment l'aspect d'une dermatose spéciale, grâce :

1° Au nervosisme des sujets qui en sont atteints ;

2° Au prurit constant qui domine la scène morbide, du moins pendant les périodes de début et de développement ;

3° A la circonscription en placards de l'éruption *calquant en relief la zone de prurit ;*

4° A sa disposition en zones concentriques dans les cas typiques, disposition rappelant un peu l'aspect général de certaines dermatoses d'origine nerveuse, comme la sclérodermie en plaques, par exemple ;

5° A sa sécheresse absolue ;

6° A l'hypertrophie papillaire avec saillies papuleuses, à l'infiltration dermique et aux pigmentations que nous avons décrites ;

7° Grâce enfin à sa chronicité et à sa tendance aux récidives.

Les idées que nous venons d'ébaucher permettent de comprendre, en outre, comment il se fait que l'on rencontre des lésions analogues à celles du lichen simplex chronique dans un grand nombre d'affections cutanées prurigineuses. Le malade se gratte, et, pour peu qu'il soit prédisposé aux formations papuleuses, on voit, par le mécanisme que nous avons tenté d'esquisser plus haut, se produire chez lui des papules isolées, aplaties, jaunâtres, ou d'un brun pâle, parfois brillantes, rappelant vaguement les éléments du lichen plan, comme cela arrive si souvent dans certaines urticaires et dans certaines éruptions artificielles. Tout peut en rester là si l'hyperesthésie cutanée est éphémère ou aberrante ; mais si elle est persistante et fixe, les lésions papuleuses que nous venons de signaler deviennent plus apparentes ; sous l'influence des grattages incessants, il se produit de l'infiltration de la peau, le plus souvent, il est vrai, irrégulière et disséminée, mais qui peut aussi parfois être circonscrite et limitée, tout comme dans le lichen simplex chronique : c'est ce qui survient dans certains eczémas prurigineux qui se *lichénifient* pour ainsi dire, peu à peu, pour les dermatoses artificielles professionnelles qui sont le type des éruptions

lichénoïdes, pour certaines plaques de psoriasis prurigineux qui deviennent papillomateuses et s'indurent, pour certaines variétés de lichen ruber, pour certains mycosis, etc...

Ce sont là des *papillomatoses cutanées secondaires à des dermatoses antérieures* et aux traumatismes qu'elles entraînent. Elles simulent objectivement le lichen simplex chronique, et cela se comprend sans peine, car elles sont le résultat d'actions à peu près identiques exercées sur les téguments ; c'est ce qui explique toutes les confusions dont elles ont été l'objet. Mais, en réalité, elles diffèrent comme nature de ce lichen simplex chronique : dans tous ces cas, en effet, il y a d'abord et avant tout, comme premier phénomène morbide, une dermatose bien définie. Dans le lichen simplex chronique, au contraire, il n'y a pas de dermatose primordiale ; il n'y a, au début, qu'une névrose circonscrite des téguments : *l'état lichénoïde y est pur.*

Nous venons de voir des états lichénoïdes compliquer des dermatoses diverses, et nous avons pu, sans trop de peine, concevoir le mécanisme de cette superfétation pathologique ; mais une question autrement délicate se pose maintenant : celle des dermatoses qui peuvent compliquer et dénaturer le lichen simplex chronique lui-même. Nous devons aborder ici la discussion des rapports de cette affection avec l'eczéma, point vraiment épineux et à propos duquel s'est manifestée la divergence radicale que nous avons signalée entre l'ancienne école française et l'école de Hebra : celle-ci encadrant purement et simplement le lichen circonscrit dans les eczémas secs ; celle-là le considérant comme une dermatose distincte.

Or les faits nous apprennent que les plaques de névrodermite, telles que nous les avons décrites, peuvent se compliquer dans quelques cas, à certains moments de leur évolution, de vésicules et de suintement eczémateux.

En voici un exemple des plus nets :

Observation X. — *Plaque de lichen simplex chronique de la nuque compliquée d'éruption eczémateuse chez une névropathe.* — L..., âgée de quarante ans, couturière, vient le 6 février 1890 à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Il y a environ six ans, la malade, *à la suite d'une violente colère,* vit se former à l'aine gauche une lésion cutanée en tout semblable à celle qu'elle présente en ce moment et qui disparut ensuite peu à peu au bout de quelques mois. Il y a quatre ou cinq ans, une lésion identique se forma à l'aisselle droite, puis elle disparut pendant que l'aisselle gauche se prenait. Il y eut ainsi, pendant quelques mois, tantôt une plaque à droite, tantôt une à gauche, mais jamais les deux aisselles ne furent envahies en même temps. La malade eut ensuite une période d'accalmie cutanée jusqu'en mai 1889. A cette époque, elle éprouva des démangeaisons fort violentes à la nuque : sous l'influence de grattages incessants, il se forma de petits boutons prurigineux, que la malade excoria et d'où il suinta un liquide

séro-sanguinolent. Les boutons, primitivement isolés, finirent par se réunir et par former une plaque de peu d'étendue qui, depuis lors, a grandi continuellement, mais avec beaucoup de lenteur.

Au moment où nous la voyons, la malade présente sur le cou, vers la nuque, une plaque oblongue de 8 centimètres de diamètre dans le sens vertical, de 3 à 4 centimètres de diamètre dans le sens transversal, nettement circonscrite, et dont le bord interne s'arrête à la ligne médiane. A la partie inférieure de cette plaque, le derme est rouge, et l'on y voit distinctement de très fines vésicules qui, sous l'influence du grattage, laissent échapper un liquide incolore et poisseux tout à fait semblable à la sérosité citrine de l'eczéma. En d'autres points, la plaque est, au contraire, sèche, recouverte d'une fine desquamation grisâtre adhérente; les tissus sont indurés et épaissis dans toute l'étendue de la lésion. En certains points cependant, situés surtout à la périphérie, on ne voit que quelques petites saillies papuleuses sèches. En examinant avec soin la surface de la plaque, on voit qu'elle est sillonnée d'un quadrillage limitant des espaces irrégulièrement losangiques. La malade éprouve à ce niveau d'assez vives démangeaisons.

Elle est des plus nerveuses, et elle prétend que toutes les fois que les plaques disparaissent et qu'elle n'a plus rien à la peau, son système nerveux devient beaucoup plus excitable : elle a alors de véritables attaques d'hystérie qui peuvent même se répéter jusqu'à huit ou dix fois par jour. Entre ses attaques, elle a des crises de larmes, des idées noires sans le moindre motif, et beaucoup d'autres symptômes hystériques.

On se borne à prescrire des applications d'emplâtre à l'huile de foie de morue.

Le 13 février, sous l'influence de ce seul traitement, la partie supérieure de la plaque s'est affaissée et a pris un aspect franchement lichénoïde. Le quadrillage est très marqué; dans les mailles losangiques se voient des saillies papuleuses; les papules sont nettement isolées vers les bords. La partie inférieure de la plaque a encore un peu l'aspect eczémateux. Depuis que la lésion cutanée va mieux, la malade se sent beaucoup plus nerveuse. On continue l'emplâtre à l'huile de foie de morue, et on lui donne du bromure de potassium.

Le 6 mars, la plaque de lichen a complètement disparu; la peau est lisse et souple, *mais l'état nerveux est déplorable : la malade a, de nouveau, des crises d'hystérie.* On lui prescrit des douches froides et du bromure de potassium.

Si l'on veut bien se reporter au chapitre de l'anatomie pathologique, on remarquera que les lésions que nous avons décrites dans le lichen circonscrit s'arrêtent aux limites où l'eczéma commence, c'est-à-dire qu'il y a une réaction relativement peu marquée du corps muqueux, que la *vésiculation et l'akératinisation*, lésions banales de l'eczéma, *y existent*, mais seulement à l'état d'*ébauche*, et cela quoique, dans le cas où l'examen histologique a été fait, la lésion fût déjà fort ancienne. C'est donc en somme la réaction plus ou moins complète, plus ou moins rapide du corps muqueux qui est en jeu.

Il est évident que dans le classement nosologique du lichen simplex chronique on ne peut méconnaître ces deux faits importants :

1° Que les lésions de l'eczéma, vésiculation et akératinisation, y existent toujours, même dans les cas les plus typiques, mais qu'ils y existent à l'état fruste, à l'état d'ébauche;

2° Que dans des cas relativement assez nombreux l'ébauche se complète et les caractères de l'eczéma deviennent évidents, que par conséquent il semble exister entre les deux dermatoses un trait d'union constitué par d'indiscutables faits de passage.

Mais d'autre part on ne peut vraiment pas admettre que la vésiculation et l'akératinisation, surtout lorsqu'elles n'existent qu'à l'état d'ébauche, soient absolument pathognomoniques d'une dermatose bien définie qui porterait le nom d'eczéma. Comme l'a fort bien dit M. le professeur Leloir (voir *Anatomie pathologique de l'eczéma : Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 25 juin 1890, p. 465-466) : « Il est probable qu'il existe entre les différentes espèces de dermite eczémateuse des différences histologiques que le microscope montrera sans doute un jour... Des causes différentes produisent des dermites eczémateuses objectivement très semblables. »

Pour prouver le bien fondé de cette opinion, il nous suffira de citer l'exemple du prurigo de Hebra dont l'aspect eczémateux est bien autrement fréquent, bien autrement marqué que celui du lichen simplex chronique, et que cependant l'école de Vienne et tous les dermatologistes à sa suite n'ont pas hésité à différencier de l'eczéma.

Il ne faut donc pas se laisser entraîner par quelques traits communs, par quelques faits de passage. Il faut, sans méconnaître les points de contact, fixer et consacrer les types morbides en tenant compte de tous les éléments du problème, et poser ainsi des jalons indicateurs qui permettent de se guider au milieu du dédale des affections cutanées.

Eh bien ! nous ne saurions trop le répéter, quand on considère l'ensemble de l'affection que nous venons d'étudier, son aspect si spécial et si différent de celui de l'eczéma vulgaire dans les cas typiques, son mode de début, son mode de production, son évolution, son caractère si tranché de névrodermite, on est obligé de conclure que l'on se trouve vraiment en présence d'un type à part que l'on doit dégager du groupe confus des eczémas.

En conséquence, avec l'ancienne école française, nous revendiquons comme une dermatose distincte le lichen circonscrit (Cazenave) ou lichen simplex chronique (E. Vidal) et nous le définissons : *une névrodermite circonscrite chronique.*

Nous venons de voir que le lichen simplex chronique peut se compliquer d'une véritable éruption eczémateuse.

Inversement, il nous paraît logique d'admettre qu'un eczémateux névropathe en poussée d'eczéma puisse voir se développer chez lui

la névrose cutanée, puis les éruptions papuleuses caractéristiques du lichen simplex chronique.

Nous n'insisterons pas sur ces points si délicats, car ils pourraient troubler l'esprit de ceux qui voudront bien étudier cet article. Nous devions toutefois les signaler pour faire entrevoir les faces multiples de la question, et faire toucher du doigt les diverses causes d'erreur qui ont égaré jusqu'à ce jour nombre d'observateurs.

Pronostic. — Le pronostic du lichen simplex chronique découle de tout ce que nous venons de dire. On voit que c'est une affection éminemment rebelle, qui a de la tendance à récidiver, d'autant plus qu'elle a son origine dans un trouble fonctionnel du système nerveux.

Ce qui assombrit encore plus le pronostic, ce sont les alternances qui peuvent se produire entre la lésion cutanée et certaines lésions viscérales. En somme, cette affection a sans doute son origine première dans un trouble constitutionnel, et par suite on ne peut promettre au malade ni une prompte amélioration, ni une guérison radicale.

Diagnostic. — Il nous est maintenant facile d'établir le diagnostic du lichen simplex chronique, c'est-à-dire de le différencier des diverses dermatoses avec lesquelles on a voulu le confondre.

On sait que la plupart des auteurs modernes le font rentrer purement et simplement dans l'eczéma. Nous avons vu que cette opinion serait soutenable si l'on s'en tenait à la définition et à la compréhension purement objective du lichen simplex chronique telle que l'ont donnée quelques dermatologistes. Elle ne l'est plus, si l'on veut bien avec nous le considérer comme une névrodermite circonscrite.

Mais, même au point de vue objectif, il nous paraît difficile de ranger dans le groupe si complexe des éruptions eczémateuses une dermatose qui n'est caractérisée dans les cas typiques que par de l'hypertrophie papillaire, des papules sèches, de l'infiltration et de l'induration du derme, sans le moindre suintement, sans la moindre croûtelle qui rappelle l'eczéma.

Ou bien il faut faire rentrer toute la dermatologie dans le groupe des eczémas, ou bien il faut en distinguer le lichen simplex chronique. Nous avons indiqué plus haut les causes de la confusion qui s'est établie sur ce point. On a cru que le lichen n'était qu'une variété d'eczéma parce que l'on a vu des cas d'eczéma circonscrit typique au début se *lichénifier* peu à peu sous l'influence des grattages, et, inversement, des cas de lichen typique présenter parfois des aspects d'eczéma. (Voir Obs. X.)

(Voir plus haut la discussion de ces idées.)

Le prurigo de Hebra a beaucoup de points communs avec le lichen simplex chronique, et nous nous proposons de reprendre ultérieurement l'étude de cette autre variété de névrodermite cutanée. Il en diffère par sa diffusion, ses localisations, son mode et son époque de début

La dermatose avec laquelle le lichen simplex chronique peut être confondu avec le plus de facilité nous paraît être le lichen ruber planus. Il est parfois difficile de dire s'il s'agit de l'une ou de l'autre de ces affections. Nous avons déjà insisté sur les caractères différentiels des papules dans les deux cas. Jamais la papule du lichen simplex chronique n'a la netteté de contours de la papule du lichen planus : celle-ci a une coloration plus franchement rouge, une surface beaucoup plus brillante, quoique ce dernier caractère puisse également s'observer dans le lichen simplex chronique; enfin il est rare que dans le lichen ruber il y ait une systématisation par plaques circonscrites aussi accentuée que dans le lichen simplex : les lésions papuleuses y sont d'ordinaire beaucoup plus disséminées.

Nous ne connaissons pas encore assez bien les caractères des plaques de lichen de la paume des mains et de la plante des pieds pour oser en faire le diagnostic différentiel d'avec les autres kératodermies. Nous nous contentons d'indiquer la possibilité de leur existence : on devra donc songer à cette affection quand on se trouvera en présence de lésions kératosiques prurigineuses de ces régions.

Le lichen simplex chronique se distingue enfin des lésions lichénoïdes developpées sur d'autres dermatoses (éruptions artificielles, eczéma, etc...), par la pureté de ses caractères objectifs, par les commémoratifs, et par l'absence d'autre dermatose en un autre point du corps.

Traitement. — Le traitement du lichen simplex chronique découle de tout ce qui précède. Nous renvoyons, pour les détails de thérapeutique, à l'ouvrage récent de l'un de nous sur le traitement des maladies de la peau. Nous tenons seulement à bien poser les indications.

Le lichen simplex chronique est, avons-nous dit, une névrodermite circonscrite qui se développe surtout chez des névropathes et des arthritiques invétérés : il se produit d'abord du prurit, puis sous l'influence occasionnelle des traumatismes la lésion cutanée se développe.

Il faut donc : 1° Soigner l'état général, la constitution du sujet (et on le fera par les moyens appropriés), modifier l'état du système nerveux, et pour cela nous croyons que l'on doit recourir aux valérianates, aux bromures et aux polybromures additionnés ou non d'iodures, à l'hydrothérapie, et même aux révulsifs appliqués sur la colonne vertébrale.

2° Soigner la lésion locale, car il est bien certain que l'éruption une fois produite réagit à son tour sur le système nerveux, et exaspère l'état névropathique primitif : on emploiera surtout les topiques qui calment le prurit, tels que l'acide tartrique, l'acide phénique, le menthol, etc..., et qui agissent par occlusion quand le malade peut tolérer ce moyen, puisqu'il est prouvé que l'occlusion seule fait di-

minuer les lésions cutanées. Les emplâtres médicamenteux répondent à ce double but. (Voir pour plus de détails : *Traitement des maladies de la peau*, par L. Brocq, 1890, article Lichen simplex chronique, p. 441.)

Nom qu'il convient de donner à la dermatose que nous venons d'étudier. — Tout ce qui précède montre que la dermatose qui nous occupe ne peut rentrer dans aucun des groupes actuellement admis par l'école de Vienne. Nous le répétons encore une fois à dessein, il est difficile d'en faire une simple variété d'eczéma. Nous croyons avoir démontré que le nom de *névrodermite chronique circonscrite* lui conviendrait parfaitement. Mais pourquoi substituer une dénomination nouvelle à la dénomination ancienne ?

Or cette affection est connue depuis longtemps: M. le docteur E. Vidal a démontré — Du lichen (lichen, prurigo, strophulus), *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 25 mars 1886 — qu'elle répond au lichen circumscriptus de Willan et Bateman, de Biett, de Cazenave et Schedel, de Devergie, etc. Bazin, dans son article Lichen du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, auquel nous renvoyons, l'a très bien étudiée au point de vue objectif. Malheureusement sa description est obscurcie par la distinction théorique qu'il veut établir entre le lichen arthritique et le lichen herpétique.

De tous les vieux auteurs, c'est Cazenave qui a le mieux compris la pathogénie de cette affection. Dans ses articles sur les lésions de la sensibilité de la peau siégeant dans le corps papillaire (*Annales des Maladies de la peau et de la Syphilis*, t. II, 1846, p. 33), il s'exprime en ces termes : « Il arrive souvent que l'hyperesthésie de la peau soit accompagnée d'un gonflement plus ou moins passager des papilles elles-mêmes. Le développement anormal des papilles à l'état permanent, accompagné d'une douleur, et le plus ordinairement d'un prurit plus ou moins vif, constitue une des formes les plus intéressantes dans l'histoire des éruptions cutanées : la forme papuleuse. Deux variétés se présentent sous cette forme : dans l'une il y a développement souvent considérable de la papille, mais sans inflammation véritable; l'élément nerveux des papilles et aussi la portion épidermique semblent seuls intéressés : c'est le *prurigo*. Dans l'autre, il y a non seulement gonflement de la papille, moins considérable il est vrai que dans le prurigo, au moins dans le plus grand nombre de cas ; mais il y a en outre les caractères de l'inflammation, rougeur, produits nouveaux ; ici l'élément vasculaire participe de l'affection, la papille tout entière est malade : c'est le *lichen.* »

« Le lichen est donc pour moi une hyperesthésie de la peau, caractérisée par un prurit souvent très intense, accompagnée de papules ou élévations pleines, solides, le plus ordinairement très petites, agglomérées, quelquefois confluentes, quelquefois il est vrai de la

couleur de la peau, mais présentant dans le plus grand nombre des cas une coloration plus ou moins rouge, et enfin par des produits d'inflammation, l'ulcération, la sécrétion d'un liquide séro-purulent, des squames, et même des croûtes. »

Dans le tome III du même recueil (1850-1851, page 264), on trouve ce qui suit :

« Les éruptions prurigineuses ont leur siège dans les papilles de la peau : la papule, quand elle existe, n'est qu'une papille pathologique, si l'on peut dire ainsi. Mais le corps papillaire ne contient pas seulement un appareil nerveux ; on y trouve, en effet, et des vaisseaux sanguins, et de la matière épidermique et de la matière colorante. Or, l'on conçoit sans peine que, si la lésion nerveuse, la maladie hyperesthésiqne est toujours primitive dans les affections prurigineuses, cette lésion peut réagir sur les autres éléments organiques qui concourent à la formation de la papille, et les influencer plus ou moins, selon leur susceptibilité morbide : dès lors on expliquera tout naturellement les phénomènes de congestion, de rougeur, de tension, de chaleur par l'affection des vaisseaux sanguins. Si la sécrétion épidermique est lésée à son tour, on aura des phénomènes de desquamation ; si enfin l'appareil chromatogène participe à l'affection papillaire, on observera une coloration anormale, plus ou moins intense, qu'il ne sera pas rare de voir persister pendant un temps souvent fort long.

« D'un autre côté, on conçoit aussi que cette susceptibilité des éléments non nerveux de la papille puisse être nulle ou presque nulle, que l'affection reste essentiellement hyperesthésique, qu'enfin le prurit existe seul, et que l'on ait le singulier phénomène d'une affection papuleuse, d'un lichen, par exemple, sans papule. Cette forme de l'hyperesthésie est assez commune, surtout bornée à un siège restreint : c'est à elle qu'il faut rapporter les maladies connues sous le nom de prurigo podicis, de prurigo de la vulve, etc., et aussi la forme que Bateman avait signalée sous le nom d'urticaria subcutanea. »

Dans le tome IV du même recueil, page 323, Cazenave, revenant encore sur ce sujet qu'il affectionne, écrit ce qui suit :

« Le lichen que l'on peut considérer comme le type de l'hyperesthésie de la peau avec papules, est, en général, placé sous la dépendance d'une constitution nerveuse. Le plus souvent il se développe sous l'influence de causes qui ébranlent tout le système nerveux des émotions morales vives, des labeurs pénibles, des travaux de cabinet, etc.

« Cependant il peut être produit par des influences accidentelles, soit une éruption antécédente, soit une cause directe, qui laissent après elles ou provoquent une excitation nerveuse, locale, plus ou moins vive. »

On voit donc que Cazenave avait merveilleusement compris et pénétré la nature et la pathogénie du lichen.

Toutes ces idées sont résumées dans le *Traité élémentaire des maladies de la peau* de son élève Chausit, aux articles : Hyperesthésie, Prurigo et Lichen (pp. 355, 361, 366). Ce serait vraiment abuser que de faire encore des citations, car tous les dermatologistes possèdent cet ouvrage : on y trouve de plus, page 367, sous le nom de Lichen simplex chronique, une bonne description de l'affection que nous venons d'étudier, et qui était donc connue dans sa symptomatologie et dans sa vraie nature avant que Hebra et E. Wilson eussent décrit leur lichen ruber et détruit l'ancien groupe des lichens.

Il convient toutefois de reconnaître que ce n'est pas sans motifs qu'ils ont procédé à cette réforme. L'affreuse confusion de ce groupe tel qu'il était compris autrefois, le peu de netteté des descriptions, le parti pris de vouloir admettre comme bien distincts l'un de l'autre un lichen et un prurigo, tandis que les symptomatologies qu'on en donnait étaient presque identiques, tout ce concours malheureux de circonstances a fait qu'on n'a pu dégager la part de vérité contenue dans les conceptions anciennes.

M. le professeur Hardy a fort bien formulé dans son *Traité des maladies de la peau*, page 836, les autres raisons qui lui font ranger le lichen dans l'eczéma : « En m'appuyant sur les caractères tirés de la marche habituelle, du siège superficiel, de la guérison sans cicatrices, des récidives fréquentes, de la transmission héréditaire du lichen, de l'existence et de l'intensité des démangeaisons qui accompagnent l'éruption, je ne fais pas difficulté de reconnaître dans cette affection une cause diathésique spéciale, et de la ranger au nombre des éruptions dartreuses ou herpétiques. Bien plus, en faisant remarquer que la maladie qui présente les caractères objectifs du lichen se développe très souvent simultanément avec l'eczéma, ou que ces deux affections se succèdent fréquemment chez le même sujet, qu'une éruption eczémateuse se termine fréquemment avec tous les signes du lichen, que d'autre part une éruption lichénoïde et papuleuse au début revêt souvent plus tard l'apparence de l'eczéma, je crois légitime l'opinion soutenue par Hebra, par Anderson, par Erasmus Wilson et par moi, opinion qui considère le lichen comme n'étant qu'une forme, qu'une variété de l'eczéma. » (Voir plus haut la réfutation de ces arguments.)

Il est vrai que cette déclaration de principes ne l'empêche pas de donner sous le nom de Lichen circonscrit une excellente description (voir page 842) de la dermatose qui nous occupe.

Nous nous en tiendrons là pour ces considérations historiques : un exposé complet des travaux anciens et nouveaux sur cette question serait, en effet, parfaitement inutile et fastidieux. En somme,

l'affection que M. le Dr E. Vidal a voulu faire revivre en 1886 sous le nom de Lichen simplex chronique a déjà été décrite sous le nom de Lichen circonscrit par les vieux auteurs français : Cazenave en a même pénétré jusqu'à un certain point la pathogénie : il a vu toute la valeur du prurit dans sa genèse ; il a nettement déclaré que le prurit était primitif ; peut-être n'a-t-il pas donné assez d'importance au traumatisme et aux lésions de grattage. Notre travail constitue donc, nous semble-t-il, une démonstration, avec faits à l'appui, des vues de l'esprit de cet auteur.

Il nous semble donc peu logique d'enlever à cette maladie le nom de *lichen* qui lui a été donné bien avant que les dermatoses qui portent actuellement ce nom aient été décrites. Il n'y a pas, croyons-nous, la moindre confusion à redouter, puisque l'épithète de *simplex chronique* ou de *circonscrit* vient préciser ce dont il s'agit. Il y a certes beaucoup plus de différence entre le pityriasis versicolor et le pityriasis rubra qu'il n'y en a entre le lichen simplex chronique et le lichen ruber, et cependant ces noms sont acceptés. D'ailleurs, le droit d'ancienneté consacre la dénomination de *lichen* à l'affection que nous venons d'étudier.

RÉSUMÉ

Le lichen simplex chronique de M. le docteur E. Vidal est constitué dans les cas typiques par des plaques le plus souvent ovalaires, dont le grand axe varie comme étendue de 5 à 15 centimètres, et dans lesquelles on peut distinguer les trois zones suivantes :

1° *Une zone externe pigmentée ou zone d'hypertrophie papillaire commençante*, qui peut manquer dans certains cas et qui est caractérisée par une coloration variant du café au lait clair au brun clair, par un fin quadrillage serré constitué par deux séries de sillons parallèles se croisant à angle droit ou aigu, par une hypertrophie papillaire assez peu marquée donnant aux téguments un aspect velvétique.

2° *Une zone moyenne papuleuse*, qui peut faire défaut dans certains cas, ou bien, au contraire, qui semble pouvoir être parfois la zone externe quand la zone précédente n'existe pas ; elle est constituée par une série de petits éléments papuleux, irréguliers de forme et de contour, assez mal circonscrits, d'un rose pâle ou grisâtre, acuminés, arrondis ou aplatis, d'un volume qui varie de celui d'une petite à celui d'une grosse tête d'épingle et qui semblent être dus à un degré assez avancé d'hypertrophie papillaire.

3° *Une zone interne ou zone d'infiltration*, qui est la partie essentielle ou constitutive de la plaque de lichen et qui peut exister seule, surtout dans les cas où l'affection ne progresse plus ; elle est caractérisée

par une coloration rose pâle ou plus ou moins pigmentée, par une infiltration et un épaississement marqué des téguments, par un quadrillage à mailles plus ou moins larges et régulières figurant des hachures de dessin, enfin par une sécheresse absolue de la lésion.

Le prurit est le phénomène le plus important de l'affection : il préexiste aux lésions cutanées; il est le point de départ de ces lésions, grâce aux traumatismes qu'il provoque; en effet, quand on enveloppe hermétiquement les parties malades, on amène leur affaissement, mais on ne fait pas disparaître le prurit.

Au point de vue anatomo-pathologique, la lésion cutanée est surtout caractérisée par une infiltration des couches supérieures du derme, par des cellules lymphoïdes et par une hypertrophie très marquée des papilles qui sont, de plus, le siège d'un certain degré d'œdème; le corps muqueux, dans son ensemble, est notablement augmenté d'épaisseur, et il est un peu partout infiltré de cellules migratrices, surtout au niveau des points qui correspondent aux plus grosses papilles; on y voit des cellules de Malpighi en prolifération bi ou trinucléaire : un grand nombre présentent, à divers degrés, l'altération cavitaire; celle-ci reste à peu près exclusivement monocellulaire : la tendance à la vésiculation existe donc, mais ne dépasse pas son premier degré. La couche granuleuse est presque partout conservée et intacte ; le stratum lucidum a disparu, au contraire, à peu près totalement; et, sur d'assez grandes étendues de la couche cornée, on retrouve aisément les noyaux cellulaires : la couche cornée est cependant d'une cohérence à peu près normale. La kératinisation est donc simplement un peu affaiblie.

Pour bien comprendre la vraie nature de cette affection, il faut s'élever au delà de la lésion cutanée et considérer l'ensemble de la maladie. En s'appuyant : 1° sur le nervosisme des sujets qui en sont atteints; 2° sur le prurit constant qui domine la scène morbide, du moins pendant les périodes de début et de développement; 3° sur la circonscription en placards de l'éruption; 4° sur sa disposition en zones concentriques dans les cas typiques; 5° sur sa sécheresse absolue; 6° sur l'hypertrophie papillaire, les saillies papuleuses, l'infiltration dermique et les pigmentations qui la caractérisent objectivement; 7° sur sa marche chronique et sa tendance aux récidives, on peut la considérer comme une dermatose distincte, méritant d'avoir sa place à part dans le cadre nosologique. C'est, en réalité, une sorte de *névrodermite circonscrite*, mais on doit lui conserver le nom sous lequel elle a été déjà décrite par les vieux auteurs, celui de *lichen circumscriptus :* c'est le *lichen simplex chronique* de M. le docteur E. Vidal.

RECUEIL DE FAITS

Rétrécissement cicatriciel de l'isthme du gosier, d'origine syphilitique, par **Ch. Sauvineau**, interne des hôpitaux de Paris.

Nous avons eu l'occasion d'observer, dans le service de notre maître, M. le Dr Péan, à l'hôpital Saint-Louis, un cas de rétrécissement cicatriciel, d'origine syphilitique, amenant une obturation presque absolue de l'isthme du gosier. Il nous a paru présenter quelque intérêt, tant au point de vue de la forme et de la nature de l'affection elle-même, qu'au point de vue de l'intervention qu'elle a nécessitée.

Voici l'observation de notre malade :

Nathalie Led....., âgée de 59 ans, domestique, est entrée dans le service de M. le Dr Péan, salle Denonvilliers, n° 14, le 12 mai 1890.

Cette femme a été bien portante jusqu'à 35 ans et a eu deux enfants, le dernier à l'âge de 30 ans.

A 35 ans, elle fit une fausse couche de trois mois, accompagnée d'alopécie, de maux de gorge qui durèrent trois semaines, de céphalées.

Un an plus tard, elle fut soignée à Saint-Louis pour une affection ulcéreuse qui lui a rongé l'aile droite du nez. Le médecin qui la soignait à cet hôpital (par l'iodure de potassium et le sirop de Gibert) en faisait une manifestation spécifique, et exprima, au dire de la malade, son étonnement de ne pas trouver d'autres traces de la syphilis.

Depuis cette époque, la malade a eu une série de maux de gorge durant chaque fois de trois semaines à un mois.

Début de l'affection actuelle il y a deux ans. La base de la langue et l'isthme du gosier se sont tuméfiés, amenant une gêne notable de la déglutition et de la parole.

Cet état céda en quinze jours à l'iodure de potassium, reparut quand on cessa le médicament et disparut de nouveau par son emploi.

Ces alternatives se reproduisirent plusieurs fois. Des ulcérations apparurent sur les parties tuméfiées; puis à ces ulcérations succédèrent des cicatrices, et la malade devint très gênée pour parler et pour avaler les aliments.

Il y a deux mois, la gêne devint telle que cette femme se décida à aller consulter M. le Dr Fauvel qui l'envoya à M. le Dr Péan.

A son entrée à l'hôpital (12 mai), on constate une occlusion presque totale de l'isthme du gosier.

D'un pilier antérieur d'un côté à celui du côté opposé, du bord postérieur de la voûte palatine à la face dorsale de la langue, le voile du palais, sclérosé, forme une cloison verticale, fermant la cavité buccale. A la partie inférieure de cette cloison, immédiatement au-dessus et un peu à gauche du V lingual, est un tout petit orifice oblique, partant de la ligne médiane dirigé à gauche et en haut, sinueux, long d'environ 7 millimètres sur 2 de largeur. Sur la lèvre supérieure de cette fente, on distingue encore un vestige de l'épiglotte. C'est par cet orifice que se fait la déglutition, qui n'est

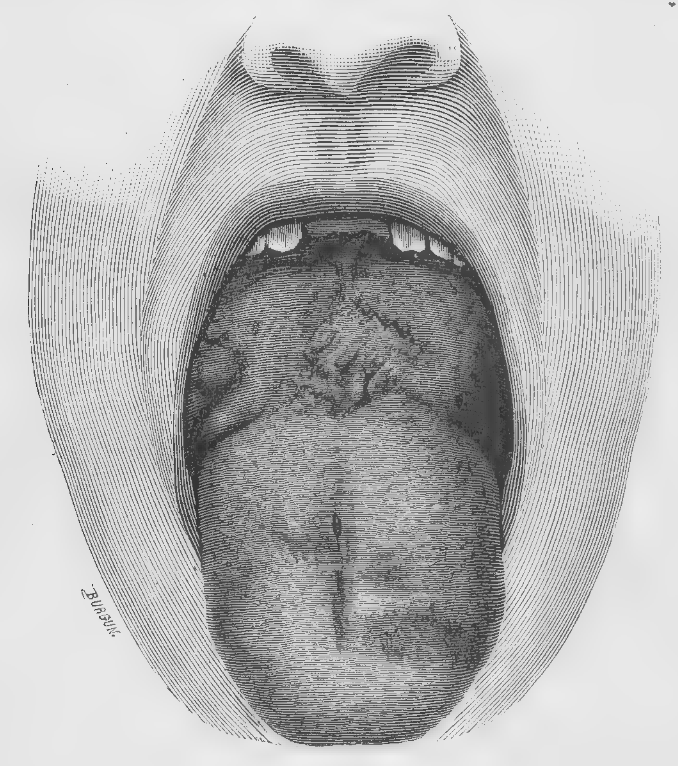


Fig. 1.

plus possible que pour les aliments liquides. Encore est-elle extrêmement gênée.

Tout le reste du voile du palais n'est plus qu'un tissu de cicatrices, se continuant en bas par une série de tractus fibreux avec la face dorsale et les bords latéraux de la langue (fig. 1).

La malade se plaint de douleurs très légères, qui surviendraient la nuit. La respiration se fait librement. L'état général est excellent. La malade dont la mère et le mari sont morts tuberculeux, ainsi que son premier enfant, et chez qui on eût pu craindre la tuberculose, a eu plusieurs bronchites et aurait craché le sang vers l'âge de 35 ans.

Toutefois, depuis cette époque, c'est-à-dire depuis vingt-quatre ans,

elle a été à ce point de vue parfaitement bien portante. L'auscultation des poumons ne révèle absolument rien d'anormal.

Opération le 31 mai par M. Péan. Chloroforme. Les maxillaires sont maintenus écartés par le divulseur buccal de Mathieu, placé entre les dernières molaires du côté gauche, et la joue est rétractée du côté droit avec un rétracteur double à manche ordinaire. L'opérateur, abaissant alors la face supérieure, de la langue, près de sa base, avec l'index gauche, détache rapidement cette dernière du voile et des piliers du palais là où elle est adhé-

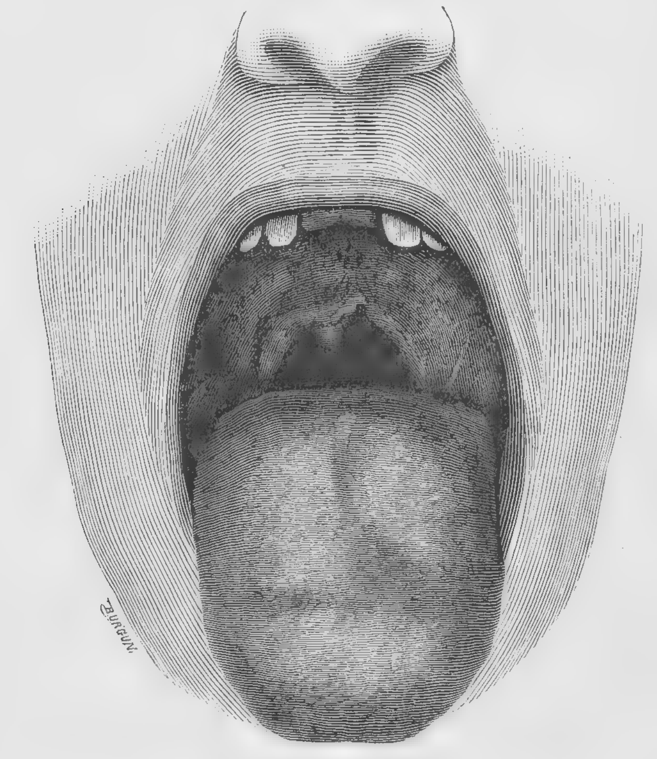


Fig. 2.

rente, de chaque côté du petit orifice central. Le détachement se fait d'abord à gauche, ensuite à droite, avec des bistouris longs à lame courbée sur le plat. Il donne beaucoup de sang; aussi M. Péan laisse-t-il un intervalle entre la section faite du côté gauche et celle du côté droit, et prend-il soin de faire la compression avec des éponges sur les surfaces saignantes, jusqu'à ce que l'hémostase soit assez complète pour qu'il n'y ait pas lieu de craindre le passage du sang dans le larynx. D'ailleurs, à ce moment de l'opération, M. Péan attend que la malade soit moins anesthésiée afin qu'elle puisse rejeter le sang par la toux, lorsqu'il s'engage du côté de la glotte. L'hémostase est également assurée par le pincement des piliers du palais fait temporairement au-dessous de l'amygdale. Lorsque la langue est complètement

détachée, au niveau de sa face dorsale et de ses bords latéraux, du voile et des piliers du palais, l'opérateur voit ces organes s'écarter considérablement l'un de l'autre, et l'isthme du gosier reprendre sa forme et presque ses dimensions normales. Mais il reste au niveau des points qui étaient soudés, des surfaces saignantes qu'il importe de fermer le mieux possible, pour tâcher d'éviter la reproduction du mal. Dans ce but, M. Péan commence par traverser successivement les lèvres du voile et des piliers du palais avec des fils métalliques à anses séparées, conduits au moyen de son chasse-fils. Cinq anses sont placées ainsi de chaque côté et servent à fermer la perte de substance en rapprochant le bord antérieur du bord postérieur des lèvres de la plaie.

A la langue, M. Péan passe de même sur la face dorsale de chaque côté quatre anses métalliques, qui lui permettent de fermer les surfaces saignantes.

Grâce à ce mode de fermeture, celles-ci sont complètement masquées; et il n'est pas douteux, si la cicatrisation se fait par première intention, dans ces conditions de rapprochement, que la maladie n'aura aucune chance de se reproduire.

Les suites sont excellentes. Gargarismes très fréquents à l'eau boriquée. Alimentation avec du lait et du bouillon.

Les fils d'argent sont enlevés le 12 juin. La cicatrisation est complète à cette époque. Elle s'est faite par première intention. La malade sort complètement guérie le 18 juin.

A la sortie, l'aspect de l'isthme du gosier est le suivant (fig. 2) : au lieu du rideau qui fermait en arrière la cavité buccale, il existe un orifice rappelant sensiblement la forme de l'orifice normal, bien qu'un peu plus petit. Il est limité en bas par la face dorsale de la langue, absolument libre ; en haut, par l'extrémité de la luette.

De chaque côté de celle-ci sont deux encoches (celle de gauche est la plus prononcée), puis latéralement deux bords scléreux appartenant au voile du palais, dirigés obliquement en bas et en dehors comme les piliers antérieurs qu'ils représentent, et se continuant en bas sur les bords latéraux de la langue.

Par ce vaste orifice, rappelant de tous points l'état normal, la bouche communique largement avec le pharynx, dont on voit aisément la paroi postérieure ; la déglutition est redevenue normale et il n'existe plus aucune gêne de la parole.

Les faits de ce genre ne sont pas extrêmement communs. Pourtant un certain nombre de cas semblables ont été rapportés, notamment par Lublinski, par Œrtel, par Langreuter, etc. (1).

Nous ne voulons retenir de leurs observations que ce qui a trait aux opérations qui ont été faites dans les divers cas rapportés par ces auteurs.

Les uns se sont contentés de pratiquer, à la membrane cicatri-

(1) *Archiv für Dermat. und Syphil.*, 1882-1883.

cielle obturant le pharynx, une incision, soit simple, soit cruciale. Dans les cas ainsi traités, la guérison ne paraît pas s'être maintenue, et le patient, momentanément soulagé, n'a pas tardé à voir réapparaître les graves accidents dont il souffrait avant l'intervention chirurgicale.

C'est pour parer à cette récidive que Lublinski, Œrtel, après avoir incisé le rétrécissement, ont cherché à empêcher la réunion des lèvres de la plaie, et, par conséquent, à maintenir l'orifice libre, par le passage fréquent et méthodique de bougies, de forme et de calibre divers appropriés aux cas particuliers.

Outre ce que cette méthode a de désagréable pour le patient, elle a encore contre elle d'augmenter considérablement la durée du traitement qui arrive à occuper deux, trois mois et plus.

Au contraire, par le procédé si élégant et si simple de M. le docteur Péan, la réunion des lèvres de la plaie est empêchée, dès le principe, par l'adossement et la suture des deux bords de chacune de ces lèvres.

Le passage est ainsi maintenu dès le début librement ouvert, et l'on voit que, dans le cas que nous avons pu observer et que nous rapportons ici, la durée du traitement n'a pas dépassé deux semaines.

MANIFESTATIONS CUTANÉES DE LA BLENNORRHAGIE, par **Lucien Raynaud**, préparateur à l'école de médecine d'Alger, interne à l'hôpital civil.

Sous le titre de *Déterminations cutanées de la blennorrhagie*, M. le docteur Perrin vient de citer dans les *Annales* d'octobre et novembre 1890 un certain nombre de cas d'érythèmes consécutifs à l'uréthrite virulente.

Nous avions déjà, en octobre 1889, présenté à un concours (prix Poisson) qui a lieu chaque année à l'hôpital de Mustapha un travail sur la *nature infectieuse de la blennorrhagie*, où nous nous étions attaché à démontrer que cette affection à *début purement local* pouvait devenir quelquefois une *maladie générale*. Nous avions divisé notre mémoire en plusieurs chapitres, où nous avions étudié successivement des manifestations très rares : la *myélite* blennorrhagique, dont nous citions deux cas observés dans le service de M. le professeur Gémy, l'inspirateur de notre travail ; la *périostite; 4 cas d'érythèmes* et des accidents nerveux particuliers, dont un de nature franchement *hystérique*, réveillés ou provoqués par l'infection gonorrhéique.

L'occasion nous ayant manqué de publier ce travail, nous en avons donné, pour prendre date, un résumé et des conclusions à la Société de médecine d'Alger, conclusions consignées dans la *Bulletin*

médical de l'Algérie de janvier 1890. Il nous semble actuellement utile d'apporter notre contingent d'observations à celles qui viennent d'être publiées par M. le docteur Perrin, et nous détachons de notre travail le chapitre des Érythèmes; laissant de côté l'historique et la symptomatologie, nous nous contenterons de donner simplement nos observations.

Observation I. — *Érythème polymorphe blennorrhagique.*

F. A..., 22 ans, entre à la clinique des maladies syphilitiques (professeur M. Gémy) le 18 mai 1886 pour une blennorrhagie contractée en 1885, qui a toujours donné un léger suintement, et qui a pris une nouvelle recrudescence depuis cinq mois. Les ganglions inguinaux sont enflammés (Inj. de permanganate. Cubèbe. Iodure de potassium).

21 *mai*. — *Éruption scarlatiniforme* intense d'un rouge vif sur tout le corps, moins le visage et les extrémités. — La teinte s'efface un peu à la pression. Pas de prurit; pas de fièvre. — Le malade prétend avoir eu des rougeurs semblables quelques jours auparavant sur les mains; elles auraient duré quarante-huit heures. On pense à une éruption médicamenteuse et l'on supprime cubèbe et iodure. L'érythème disparaît en quelques jours par une légère desquamation. On incise les bubons d'où il sort un pus crémeux, contenant des gonocoques.

29 *mai*. — *Nouvelle poussée scarlatiniforme* rosée. La figure et les mains sont surtout atteintes. Sur les membres, *papules rubéoliques*.

1er *juin*. — Desquamation. *Nombreuses vésicules miliaires* sur le visage, la face dorsale des mains et au voisinage de l'adénite. Tous les ganglions du corps perceptibles sont hypertrophiés. Gonocoques dans le pus uréthral, pas de fièvre.

10 *juin*. — Les squames s'enlèvent par lambeaux comme des doigts de gants, avant que la couche cornée soit reformée. Cet érythème semble se transformer en une *dermatite exfoliatrice*. Écoulement moins abondant.

12 *juin*. — Nouvelle poussée *eczémateuse* cette fois aux aisselles, aux plis du coude et de l'aine; prurit intense.

10 *août*. — Le malade vient de voir à peine finir son érythème; on lui a ponctionné un bubon à droite et un à gauche; il a eu de l'otite qui a cédé aux injections boriquées.

5 *septembre*. — Guérison complète. Sortie.

Ainsi, voilà un malade ayant présenté une série d'éruptions polymorphes, passant successivement par les types *scarlatiniforme, rubéoliforme, herpétiforme* et *eczémateux;* éruptions coïncidant avec des recrudescences dans l'écoulement blennorrhagique et survenant sans qu'aucune médication ait pu être mise en cause.

Observation II. — *Éruption rubéoliforme blennorrhagique.* (Observation communiquée par M. le professeur Gémy.)

Le nommé Belkassem ben Saïd, portefaix, âgé de 17 ans, entre le 8 mai

1887 à Saint-Damiens, avec une éruption indéterminée. A la visite, on constate à la face, aux bras, sur la poitrine, le dos et les membres inférieurs une éruption caractérisée par des taches *érythémateuses rubéoliformes* d'une coloration rosée, de la dimension d'une tête d'épingle à une pièce de 50 centimes, à contours irréguliers, disparaissant sous la pression du doigt, avec légère élevure au-dessus des tissus environnants, sans prurit. Cette même éruption existe sur le pharynx, le voile du palais et les lèvres. La langue est rouge à son extrémité, comme dépouillée de son épithélium. Les yeux sont larmoyants, *pas de fièvre, bon appétit; sommeil parfait;* P. 84, régulier.

Ce malade a été arrêté sur la place de Chartres, où il exerçait son métier, par la police qui a cru sans doute avoir affaire à un exanthème contagieux. (Il existait une épidémie de variole en ce moment à Alger.)

On constate à la verge une blennorrhagie remontant à un mois et ne causant aucune douleur. Le malade n'a pris aucun médicament.

Diagnostic : *Éruption rubéoliforme blennorrhagique.*

13 *mai.* — Le malade sort cinq jours après son entrée; l'éruption a complètement disparu.

Cette éruption n'aurait pu être prise que pour une roséole saisonnière, mais celle-ci s'accompagne toujours d'un mouvement fébrile, quelque léger qu'il soit, d'une certaine courbature et d'embarras gastrique. Or ce n'a pas été le cas chez notre Arabe. De plus, la blennorrhagie est là revendiquant la cause première de cet érythème.

Observation III. — *Purpura blennorrhagique.* (Observation prise dans le service de M. le docteur Gémy.)

B. C..., 17 ans, entre le 12 juillet 1888 à Saint-Damiens; pas de syphilis, ni de rhumatismes. Blennorrhagie datant du 1er juillet et accompagnée d'un paraphimosis volumineux. Érections violentes.

Traitement : Opiat, 10 grammes; bromure, 4 grammes, et 6 pilules camphrées.

24 *juillet.* — Le malade, qui s'était plaint depuis trois jours de fièvre (38° et 39°) et d'une oppression à la poitrine, présente sur tout le corps et particulièrement à la partie interne des cuisses et des avant-bras, au ventre et à la poitrine une magnifique *roséole confluente.*

Rougeur intense sans papules. Tout d'abord on pense à une éruption copahique ou bromurique; mais depuis plus d'une semaine le malade ne prend plus que de la quinine, à trop faible dose pour avoir pu produire cette *éruption fébrile.* A un examen plus minutieux, on reconnaît une pharyngite assez aiguë, avec des ponctuations semblables à celles du corps. Pas de fausses membranes ou de produit pultacé; pas de coryza ou de larmoiement; pas de douleurs lombaires. Temp. 38°; pouls rapide. Douleur très vive dans l'urèthre. Nuage d'albumine.

Le diagnostic de scarlatine semble s'imposer. Traitement : Antipyrine 2 grammes, quinine 0,50.

29 *juillet.* — L'éruption est nettement purpurique. Les taches ne disparaissent pas à la pression. Le corps est recouvert presque entièrement par les ponctuations qui se sont rejointes; pas de prurit. Il faut rejeter le diagnostic de scarlatine et admettre le purpura. Miction douloureuse, 39°.

31 *juillet.* — L'éruption palatine persiste; 39°-39°,5; plus d'albumine. Submatité aux deux bases avec épanchement léger probable. Toux pleurétique. L'état du malade paraît très grave. Gonococcus dans le pus uréthral. On a supprimé tout traitement, ne laissant que des toniques et du lait.

4 *août.* — L'éruption, après avoir pris une teinte plus sombre, pâlit légèrement; pouls 80, même oppression à la poitrine, pas d'adénite, méat douloureux. L'éruption s'efface *sans desquamation, sans prurit.*

20 *août.* — Le malade a eu une cowpérite très intense. Son urèthre laisse toujours suinter un liquide séreux abondant. L'état général est meilleur. l'appétit revient.

3 *septembre.* — Le malade sort guéri de sa chaudepisse après avoir eu une *nouvelle poussée de purpura* de courte durée.

Le diagnostic a été ici très embarrassant à poser, vu les symptômes très graves accusés chez ce malade et simulant à s'y méprendre une fièvre éruptive. Cependant, la présence de l'écoulement, la marche de l'éruption et sa réapparition coïncidant avec une recrudescence passagère de l'uréthrite indiquent nettement la nature blennorrhagique de cet exanthème.

En somme, sur les trois observations que nous avons citées, nous voyons deux exanthèmes qui ont une très longue durée, avec des manifestations multiples ou des accidents généraux assez intenses, et un qui disparaît aussi vite qu'il est apparu. Le diagnostic chaque fois semble s'imposer, car on peut écarter logiquement toute fièvre éruptive, toute manifestation syphilitique ou médicamenteuse. Dans tous ces cas, la blennorrhagie seule peut être accusée d'avoir, en se généralisant, donné lieu à ces déterminations cutanées.

M. le docteur Perrin fait de ces déterminations exanthématiques des érythèmes angio-nerveux et pense à une action sur les vasomoteurs, sans expliquer comment ni par quoi cette action peut se produire, si c'est par le gonococcus lui-même ou sa toxine soluble. Il ne semble pas admettre d'une façon bien catégorique la nature infectieuse de la blennorrhagie.

Quant à nous, et ceci est une idée depuis longtemps professée à l'école d'Alger, par notre maître M. le docteur Gémy, nous penchons à croire que la chaudepisse peut causer une *infection générale* de l'organisme, après avoir débuté localement, de même que la tuberculose, le charbon, la rage et la diphthérie. Cette infection donne lieu à des manifestations variées, dont les exanthèmes seraient une

des preuves les plus indiscutables de la pénétration du virus dans l'économie.

Les accidents consécutifs à l'infection gonorrhéique et dus au gonococcus sont des *manifestations de la blennorrhagie* (iritis, arthrite, érythèmes, périostite, myélites, etc.), quelle que soit, du reste, la manière dont agisse le microbe spécifique.

A la faveur de ce parasite, d'autres micro-organismes peuvent s'introduire et déterminer des suppurations plus ou moins éloignées (salpingite, péritonite, pyoémie, etc.). C'est là une *infection mixte* : une *complication de la blennorrhagie.*

En terminant, nous appelons encore vivement l'attention sur ces manifestations cutanées de la chaudepisse, qui passent souvent inaperçues ou sont méconnues. Lorsqu'un nombre considérable d'observations auront été publiées, on en arrivera certainement à rattacher à la blennorrhagie beaucoup d'éruptions attribuées à tort à d'autres causes.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Séance du 12 mars 1891. — Présidence de MM. Hardy et Ern. Besnier.

COMPTE RENDU ANALYTIQUE

Sur un cas de mort et un cas d'ophthalmie grave consécutifs à l'emploi de la lymphe de Koch.

M. Hallopeau. — Le malade qui a succombé était atteint d'une lymphangiectasie suppurative d'origine tuberculeuse; il a reçu, du 5 décembre au 10 janvier, cinq injections : la première, d'un demi-millième; les autres, de 1 millième 1/2; la réaction générale a été d'intensité moyenne, la réaction locale presque nulle; cependant il s'est développé, à la suite de la dernière injection, un abcès très volumineux à la cuisse, sur le trajet des lymphatiques dilatés; depuis ce moment, l'état général s'est progressivement aggravé; le malade maigrit, pâlit; il est tombé dans un état d'adynamie profonde et il a fini par succomber près de deux mois après la dernière injection; à l'autopsie, nous avons constaté la présence, à la surface et dans l'épaisseur des poumons, de nombreuses granulations miliaires en même temps que d'anciennes lésions tuberculeuses en voie de régression, et une caverne d'origine récente. Bien que ce malade fût très sérieusement atteint avant le début du traitement, on doit attribuer à la lymphe la formation du volumineux abcès de la cuisse, et sans doute aussi la poussée de granulose miliaire, qui ont été les causes de la mort.

Le malade chez lequel il s'est fait une poussée cornéenne de granulations miliaires est atteint d'une lèpre tuberculeuse; son état général était satisfaisant quand il a reçu, le 5 et le 10 décembre, deux injections de lymphe de Koch : la première, de 2 millièmes; la seconde, de 1 millième 1/2; l'une et l'autre ont été suivies des symptômes les plus pénibles et particulièrement d'une dyspnée angoissante, de vomissements et de douleurs persistantes dans les nodosités lépreuses des jambes; les troubles oculaires ont débuté alors que le malade était sous l'influence de la réaction de Koch, par une vive injection de la conjonctive; ils se sont manifestés successivement des deux côtés, s'accompagnant de douleurs, de photophobie et de larmoiement; actuellement, on voit, à droite, dans la cornée, des foyers miliaires sous forme de points grisâtres qui offrent dans leur aspect beaucoup d'analogie avec les granulations de la tuberculose miliaire; il existe, en outre, des synéchies, vestiges d'anciennes iritis; la vision est très amoindrie; s'agit-il de granulations tuberculeuses ou lépreuses? L'absence de tout signe de tuberculose, l'existence antérieure

d'une iritis qui était vraisemblablement de nature lépreuse, nous conduisent à admettre que ces granulations intra-cornéennes sont également de nature lépreuse; sans doute, des bacilles lépreux étaient restés latents dans la cornée à la suite de l'ophtalmie survenue il y a deux ans, et ils ont repris une nouvelle activité sous l'influence de la lymphe, comme l'ont fait chez le premier malade les bacilles de la tuberculose.

Sur un cas d'hypertrophie partielle des extrémités.

M. Du Castel. — Le malade que je vous présente a, comme vous pouvez voir, la main gauche très hypertrophiée; cette hypertrophie s'étend jusqu'au poignet, où se voit un bourrelet, limite de la lésion. Le pouce n'est pas atteint, l'annulaire est le plus volumineux des doigts : tous, sauf le pouce, sont renflés en fuseau; la peau est très épaissie, avec quelques traces d'éruptions vésiculeuses que le malade gratte et excorie. Mais la peau n'est pas seule atteinte, il y a évidemment une augmentation de volume des métacarpiens et des phalanges.

A la main droite, il y a seulement un peu de tuméfaction de la racine du pouce. Rien à la face.

La date de l'affection est très ancienne; aussi loin que le malade peut remonter dans ses souvenirs, il se rappelle avoir eu la main gauche plus grosse que l'autre. Je n'ai pas fait de diagnostic précis. MM. Charcot et Marie n'en ont pas fait davantage.

M. Hardy. — C'est là, pour moi, de l'éléphantiasis. J'ai vu deux cas de ce genre. L'un d'entre eux fut notablement amélioré par l'usage de l'iodure de potassium et deux saisons à Kreuznach.

M. E. Besnier. — Je dirais volontiers ici *acromégalie,* si ce mot n'était pas exclusivement attaché à la maladie décrite par M. Marie; *hyperacrie* pourrait peut-être convenir : en tout cas, c'est une malformation et non une affection acquise comparable à l'éléphantiasis.

M. E. Vidal. — Je crois la lésion bornée à la peau; le système osseux ne me semble pas atteint. C'est donc une véritable *pachydermie,* probablement d'origine trophique, d'autant plus qu'il y a ici coïncidence d'une angio-kératome, lésion éminemment trophique.

M. E. Besnier. — Comme M. Du Castel, je crois à des altérations osseuses.

M. E. Vidal. — Je ferai remarquer pourtant que les doigts ne sont pas allongés, contrairement à ce qui existe quand les os sont atteints.

M. Thibierge. — Divers auteurs (entre autres, Beck, Faucher, Monod et Trélat, Massonnaud, Virchow, Chauvel, P. Berger) ont publié sous les noms d'hypertrophie congénitale partielle des membres, de mégalodactylie, etc., des observations dans lesquelles les parties molles et souvent les os d'un ou de plusieurs doigts ou orteils étaient augmentés de volume dans des proportions variables. Il y a en pareil cas coïncidence ordinaire d'augmentation de volume d'autres segments des membres et de nævi quelquefois nombreux et volumineux. Il me semble que le cas de M. Du Castel rentre dans ce groupe; il en diffère seulement par la superposition, à une lésion congénitale, de troubles trophiques cutanés.

Pityriasis rosé et roséole syphilitique.

M. Feulard. — Voici, comme pendant au cas présenté à la dernière séance, une malade atteinte à la fois d'un pityriasis rosé de Gibert et d'une roséole spécifique. Aujourd'hui, le pityriasis rosé existe seul, ainsi que vous pouvez voir; la roséole s'est complètement éteinte. J'ai observé dernièrement, en ville, un second cas de cette curieuse coïncidence.

Chancres syphilitiques symétriques des avant-bras.

M. Feulard. — J'ai l'honneur de vous présenter, au nom de M. A. Fournier, un malade qui a été atteint de deux chancres infectants dont vous voyez les traces : 1° au coude gauche; 2° et à la face interne et supérieure de l'avant-bras droit. Cet homme était entré dans le service pour un eczéma scabieux des deux bras qui fut traité par l'enveloppement; quelques jours avant sa sortie on constata des boutons au milieu de la rougeur eczématique, mais ils passèrent à peu près inaperçus. Un mois plus tard, le malade revenait porteur d'une roséole des plus nettes. On trouva des ganglions à l'épitrochlée et à l'aisselle, et, aux régions précédemment indiquées, des vestiges indubitables de chancres. Une des tumeurs est encore ulcérée.

Comment s'est faite ici la contagion? Il est probable que les érosions de l'eczéma ont servi de portes d'entrée, et il est possible, en raison de la symétrie des chancres à la région du coude, que le malade se soit contaminé en s'appuyant sur une table souillée de virus. En tout cas, il est à peu près certain, la chronologie l'indique, que la contamination s'est faite à l'hôpital et le fait est assez rare pour mériter d'être signalé.

M. E. Besnier. — Il est très rare, en effet; aussi bien au Midi qu'à Saint-Louis, la contagion dans l'hôpital est un fait exceptionnel. Cela est assez surprenant, si l'on songe aux conditions de promiscuité directe et indirecte où vivent malades et personnel. Par exemple, je ne crois pas qu'on ait signalé un seul exemple de contamination par le ventousage, opération cependant bien fréquente, autrefois surtout. L'usage d'abaisse-langue, de crayons de nitrate d'argent, communs, de seringues de Pravaz, etc., ne semble pas avoir été plus nocif. En revanche, certain otologiste d'autrefois, de par le cathétérisme de la trompe d'Eustache, a eu la conscience plus chargée. En résumé, les contacts directs sont de beaucoup les plus contagionnants, les contacts indirects le sont infiniment moins. Je dois cependant vous rappeler le cas d'un médecin qui contracta la syphilis pour avoir porté à sa bouche un coupe-papier dont il venait de se servir en guise d'abaisse-langue pour un client syphilitique. Ce fait est intéressant parce que, rapproché de la rareté ordinaire de la contamination indirecte, il indique que, vraisemblablement, le virus ne reste que très peu de temps vivant et actif après son dépôt sur un instrument ou une surface quelconque.

M. Hardy. — Le spéculum aurait encore fourni un exemple frappant à l'appui de la thèse que vient de soutenir M. Besnier. Il a eu raison, par contre, d'incriminer certains otologistes; il y a quelque vingt ans, une

véritable épidémie de syphilis sortit du cabinet d'un de ces spécialistes; et, chose curieuse, presque toutes ces syphilis furent graves. Depuis la mort de ce médecin on n'a plus eu à regretter de faits de ce genre.

M. E. Besnier. — L'auriste en question faisait réunir une série de malades sur un banc et passait avec sa sonde de l'un à l'autre.

M. Lailler. — Je me rappelle les débuts de cette épidémie; ce spécialiste persista dans ses errements, et, personne n'ayant osé se plaindre, le nombre des victimes fut considérable. J'ai vu à Lourcine quelques cas de contagion par la canule à injections, commune aux malades d'une même salle. Cet abus fut réformé et le mal cessa.

M. Verchère. — Il y a eu, autrefois, des cas analogues à Saint-Lazare, les malades venaient en série à la salle d'injections et se servaient du même appareil.

Note sur une névrodermite circonscrite ; lichen circonscrit (Cazenave), lichen simplex chronique (E. Vidal).

MM. L. Brocq et L. Jacquet donnent communication d'une observation clinique qui a été le point de départ d'un travail plus important publié dans les *Annales* (Voir numéro de février, p. 97, et le présent numéro, p. 193). L'observation communiquée est l'observation I du mémoire.

La communication très importante de MM. Brocq et Jacquet sera discutée à la séance d'avril.

Sur un cas de kératodermie palmaire et plantaire occupant les orifices sudoripares.

MM. Hallopeau et Claisse. — M. Besnier a distingué une variété de kératodermie caractérisée par la localisation initiale des lésions dans les orifices sudoripares. Voici un malade qui en est atteint; il porte à la plante de son pied droit des saillies cornées qu'il a vues se développer à l'âge de 12 ans et qui ont toujours persisté depuis lors; elles sont arrondies, dures, cornées et creusées d'une cavité que remplissent des concrétions cornées irrégulières et comme rocheuses; on remarque autour de ces saillies des orifices dilatés qui appartiennent aux glandes sudoripares; les mêmes dilatations existent groupées en plaques plus ou moins étendues sous la malléole interne et à la partie interne de la plante du pied; les plus fines sont punctiformes; d'autres atteignent les dimensions d'un grain de millet ou de chènevis; on trouve tous les intermédiaires entre les plus petites dilatations et les orifices cratériformes qui ont été signalés au centre des plaques kératodermiques.

Il est manifeste que ces plaques sont constituées par la confluence de plusieurs de ces dilatations sudoripares ; le processus qui a donné lieu à la production de ces lésions paraît être partout le même : dilatation des orifices sudoripares, hyperplasie et kératinisation de l'épiderme qui les entoure, accumulation de substance cornée dans la cavité qu'ils circonscrivent.

De la plaque située à la partie postéro-externe du talon, s'élève à égale

distance du tendon d'Achille et du bord postérieur de la malléole interne une traînée verticale constituée par des saillies verticales criblées des mêmes dilatations; il n'y a plus de concrétions cornées ; à la main droite des callosités semblables à celles de la plante du pied et criblées d'orifices dilatés sont disposées en traînées sur les faces palmaires du médius et de l'index paraissant répondre à des rameaux nerveux.

Il s'agit là d'une variété de nævus; nous admettons que le nævus, bien que lié à un trouble congénital dans la nutrition des tissus, peut n'apparaître que longtemps après la naissance; l'accumulation de substance cornée qui caractérise les altérations est due au mode de réaction spéciale que présente l'épiderme des régions palmaire et plantaire; elle constitue une affection pénible par sa durée indéfinie, par la gêne souvent douloureuse qu'elle entraîne et par la dermite dont elle est parfois le point de départ.

Périostite de la face interne du tibia et synovite tendineuse des extenseurs du pied, d'origine blennhorrhagique.

M. Ozenne. — Ce fait a été observé sur un jeune homme de 25 ans, hypospade, dont l'écoulement uréthral remontait à une dizaine de jours. Il présentait alors à trois travers de doigt au-dessus de l'articulation tibio-tarsienne, du côté droit, une saillie occupant la face antérieure et interne de la jambe, dont les téguments offraient une teinte très légèrement rosée et une notable élévation de température.

En dehors, le gonflement était mal délimité et se prolongeait vers la partie inférieure jusqu'au niveau de l'articulation, sans la dépasser; en dedans, développé aux dépens de la face interne et de la crête du tibia, il était très nettement appréciable à la palpation sous forme d'une tuméfaction dure, large, aplatie, immobile et d'une étendue de 2 à 3 centimètres carrés. Sur chacun de ces points une pression superficielle au niveau de l'os, plus profonde et plus inférieure au niveau des tendons musculaires, était douloureuse, et pendant les mouvements provoqués de flexion et d'extension du pied, on percevait par instants un frottement sec, mais néanmoins assez doux. Nulle part ailleurs, soit dans le voisinage, soit à distance, on ne relevait la moindre lésion ayant quelque analogie avec les précédentes et émanant de la même origine.

Le diagnostic de synovite des extenseurs du pied et du jambier antérieur et de périostite de la face interne du tibia n'était pas douteux, mais on pouvait hésiter dans le diagnostic pathogénique, pour l'inflammation du périoste tout du moins. Cette hésitation fut d'ailleurs de très courte durée, car, outre qu'il n'y avait pas lieu d'invoquer le traumatisme, le rhumatisme ou la syphilis, on vit en une huitaine de jours les accidents inflammatoires disparaître sous l'influence du repos et d'une compression ouatée.

Tolérance de la peau pour les hautes doses d'huile simple ou créosotée; présentation d'appareil.

M. Burlureaux. — J'ai l'honneur de présenter à la Société le résultat de mes observations sur la tolérance de la peau pour les hautes doses d'huile,

simple ou créosotée, injectée dans le tissu cellulaire; elles sont inoffensives à la condition :

1° Que l'on ait de l'huile irréprochable;

2° Quand on y ajoute de la créosote, qu'on ait une créosote distillée entre 200° et 210°;

3° Que l'appareil injecteur soit aseptique et ne soit composé d'aucun métal susceptible d'être altéré par la créosote;

4° Que l'injection soit faite avec une extrême lenteur. Il ne faut pas donner plus de 20 grammes par heure sous peine de provoquer de la douleur.

C'est grâce à l'appareil spécial que nous présentons que ces injections peuvent être faites lentement, et pour ainsi dire automatiquement sans l'intervention constante du médecin.

Cet appareil, à la confection et à l'épreuve duquel M. le docteur Guerder a donné sa collaboration, se compose essentiellement d'un flacon gradué à trois tubulures dans lequel on accumule, au moyen d'une pompe, de l'air filtré ; et l'air une fois introduit ne peut plus sortir grâce à une soupape fixée à la pompe; il comprime le liquide qui s'écoule par la partie inférieure. Un manomètre à air est fixé dans une des trois tubulures; il renseigne l'opérateur sur la pression à donner et à entretenir.

Les injections, faites avec cette lenteur, ne sont pas douloureuses et n'empêchent pas le malade de vaquer à ses occupations; elles peuvent être quotidiennes, de sorte que le malade absorbe, sans péril pour son estomac, des doses d'huile créosotée qui peuvent varier entre 50 et 200 grammes, et qui représentent une dose de créosote variant entre 3,33 et 13 grammes. A cette dose, le médicament produit des effets très puissants que nous ne voulons pas analyser dans cette note; qu'il nous suffise de dire qu'ils sont, en général, favorables surtout pour les tuberculoses ganglionnaires; ce que nous voulons exposer à la Société, ce sont les effets locaux. Or, si l'injection est faite dans de bonnes conditions, la peau la tolère d'une façon remarquable, l'huile est absorbée pour ainsi dire au fur et à mesure de son introduction; la tumeur qui se produit quand l'injection est un peu trop rapide disparaît généralement au bout de trois heures.

Hydrargyrie bulleuse.

M. Ern. Besnier lit, au nom de M. Petrini (de Galatz), une observation d'*hydrargyrie bulleuse* survenue chez une femme de 22 ans, à intolérance mercurielle pour l'emploi du mercure *intus* ou *extra*, après injection intra-utérine de sublimé. Éruption symétrique; durée un mois, guérison. L'auteur se demande si quelques cas de ce genre n'ont pas été compris dans la description de l'*herpes gestationis*. L'auteur s'applaudit d'avoir employé des onctions de pommade au thiol qui ont modéré le processus bulleux et calmé le prurit.

La séance est levée.

L. Jacquet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

SÉANCE DU 26 DÉCEMBRE 1890.

Ecchymoses et éruptions pemphigoïdes de nature hystérique.

M. F. Raymond présente une malade de 26 ans, manifestement hystérique depuis l'âge de 18 ans (attaques hystéro-épileptiques, contracture, œsophagisme, etc.). Au mois de janvier 1889, à la suite d'une attaque de grande hystérie, elle fut prise de contracture du membre inférieur droit et on constata vers le bord externe du pied des taches ecchymotiques qui n'étaient attribuables à aucun traumatisme, taches qui se reproduisirent pendant environ dix mois. En décembre 1890, à la suite de surmenage et de veilles, elle est reprise d'accidents hystériques et on lui fait remarquer qu'elle a dans le dos, au niveau de l'omoplate droit, des croûtes desséchées au-dessous desquelles le derme est dénudé et légèrement suintant. Le 18 décembre, le lendemain d'une crise suivie de paralysie du membre supérieur gauche avec anesthésie, on constate sur le moignon de l'épaule, au niveau du deltoïde et au sommet de la poitrine en avant, des phlyctènes remplies de sérosité claire qui laissent à leur suite des plaques presque géométriquement triangulaires; ces phlyctènes évoluent comme celles déterminées par l'application d'un vésicatoire. Le 21 et le 22 décembre, apparition de nouvelles bulles sur l'avant-bras et sur la face dorsale des doigts médius et annulaire, qui évoluent de la même façon et se recouvrent de croûtes.

Georges Thibierge.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE DE PARIS

SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1891

Traitement chirurgical des rétrécissements syphilitiques du rectum.

M. Quenu a eu l'occasion de pratiquer en juin 1890 l'extirpation du rectum pour un rétrécissement syphilitique de cet organe.

Il s'agissait d'une femme âgée de 36 ans, ayant eu la syphilis sept ans auparavant: les premiers symptômes du côté du rectum s'étaient manifestés trois ans plus tard au cours d'une grossesse et avaient progressivement augmenté. La malade avait été méthodiquement traitée par les iodures, la dilatation et enfin par l'électrolyse, mais sans résultat. La défécation était devenue presque impossible; il se forma un abcès péri-anal et des fistules. Lorsque M. Quenu examina la malade, elle était fort amaigrie et toussait continuellement. L'exploration révélait un rétrécissement rectal situé à un centimètre environ de l'anus, mais dans lequel l'index s'engageait sans pouvoir le franchir; la moitié environ du petit doigt y pouvait seule pénétrer. La muqueuse rectale était lisse, tendue, mais devenait granuleuse à la partie supérieure de la région rétrécie; celle-ci pouvait être évaluée à environ 6 ou 7 centimètres. Écoulement glaireux incessant, impossibilité de retenir les gaz. La malade accepta

l'opération qui fut pratiquée après antisepsie préalable de l'intestin par le naphtol et des purgatifs. M. Quenu, après une rectotomie postérieure, excise tout le rétrécissement y compris le trajet fistuleux; l'intestin est suturé à la peau; durée de l'opération, une heure. Les suites furent des plus simples; au bout de trois semaines, cicatrisation. La première garde-robe eut lieu le sixième jour sans souffrance; depuis, la défécation s'est faite régulièrement et sans douleur. La malade a été revue en février 1891; son état général s'est amélioré beaucoup, les fonctions rectales s'accomplissent régulièrement. Il n'y a plus de suppuration, la peau de la région périnéale postérieure est normale; l'exploration fait reconnaître qu'il n'y a aucune granulation, aucune diminution de souplesse qui trahisse un commencement de récidive.

Cette intégrité des tissus après plus de sept mois fait espérer à M. Quenu une guérison définitive. S'il en était ainsi, le pronostic désespérant porté par Allingham sur les rétrécissements syphilitiques du rectum serait à réformer.

La rectotomie linéaire, même avec les améliorations apportées par Péan, est seulement palliative : l'électrolyse ne donne pas de résultats définitifs. Aussi M. Quenu croit-il que ces rétrécissements doivent être traités comme de véritables tumeurs. Si le siège est en bas, il faut extirper tous les tissus malades et amener les tuniques rétractées saines au contact d'une peau saine. Si le siège est plus élevé, mais non hors des limites de l'action chirurgicale, on pourra suivre la voie sacrée, exécuter une véritable opération de Kraske, si l'intégrité de la région sphinctérienne le permet. L'extirpation a d'ailleurs été conseillée en Allemagne par Tillmann pour tous les retrécissements prononcés du rectum.

En terminant, M. Quenu fait connaître l'examen histologique et bactériologique de la pièce enlevée, examen fait par M. Girode.

Le revêtement cellulaire tend partout à s'épidermiser, même dans les parties qui correspondent pleinement au sphincter interne et à la muqueuse anale; mais cette couche teintée en jaune par l'acide picrique est des plus minces. En divers points, le stratum granulosum est à nu; celui-ci est très caractérisé, présentant jusqu'à six et huit rangées de cellules. Épaississement de la couche malpighienne, et les prolongements interpapillaires paraissent allongés et renflés; dans quelques-uns de ces prolongements existent des éléments qui rappellent les formations psorospermosiques.

Le derme est épaissi, infiltré d'îlots embryonnaires disposés autour des vaisseaux, des glandes et des nerfs eux-mêmes. Les glandes sont presque disparues; les follicules pileux sont rares, renfermant le plus souvent un poil tout à fait rudimentaire. A mesure qu'on se rapproche de la zone sphinctérienne, les formations embryonnaires sont moins étendues. Dans la zone sphinctérienne, l'élément musculaire n'est pas altéré; mais les couches et faisceaux de fibres sont séparés par les mêmes infiltrations embryonnaires, parfois très ténues.

Tous ces amas embryonnaires sont constitués par des cellules du type lymphatique, arrondies ou un peu irrégulières en active prolifération. Quoique les lésions dermiques rappellent singulièrement les néoplasies ou nodules infectieux, des recherches répétées n'ont pu mettre en évidence aucune forme microbienne.

De la discussion à laquelle prennent part MM. Berger, Segond, Terrier et Richelot et qui porte sur la valeur des divers procédés chirurgicaux, il résulte que l'extirpation doit être pour ces cas la méthode de prédilection.

H. Feulard.

SOCIÉTÉ DE MÉDECINE ET DE CHIRURGIE DE BORDEAUX

SÉANCE DU 20 JANVIER 1891

Trichophytie cutanée et trichophytie unguéale.

M. W. Dubreuilh présente une femme atteinte depuis trois mois de trichophytie de la main. Le début s'est fait par une petite plaque ronde, rouge et prurigineuse occupant la face dorsale de la première phalange de l'index; les lésions se sont étendues progressivement jusqu'à atteindre toute la région de la tête des deuxième et troisième métacarpiens, les faces dorsale et latérale de l'index et du médius, les deux premiers espaces interdigitaux, la face palmaire des deux premières phalanges de l'index et une portion de la paume de la main. Sur les faces latérales des doigts et sur la face palmaire des doigts et de la main, la lésion n'est accusée que par une très légère rougeur et par l'amincissement de l'épiderme qui est sec, fissuré aux plis de flexion, paraissant un peu farineux, mais sans desquamation active; sur son bord, l'épiderme est plus épais et brusquement incisé, mais sans saillie ni rougeur plus marquée. Sur la face dorsale, la plaque est d'un rouge pâle, un peu violacé, couverte d'un épiderme aminci, sec, fissuré aux plis de flexion, formant des squames peu abondantes, larges, minces et adhérentes; dans certains points, les limites sont marquées par le brusque passage de cet état à l'état normal; en quelques points, il y a une saillie rouge, franchement squameuse, avec quelques croûtelles et quelques vésicules très petites et profondes. Ces régions offrent seules l'aspect ordinaire de la trichophytie cutanée. Dans les autres points, la confusion est facile à faire avec l'eczéma, écueil déjà signalé par C. Pellizzari; mais les lésions en diffèrent par la présence d'une seule et unique plaque et par la constatation du trichophyton à l'examen microscopique.

M. X. Arnozan présente un malade dont les ongles sont tous, à l'exception de ceux du pouce et du médius gauche, le siège d'altérations caractérisées par un aspect bosselé ou écailleux ou par la présence de sillons longitudinaux et transversaux; ces lésions présentent leur maximum de gravité à la place du bord libre qui est représenté par une surface épaisse, noirâtre, offrant l'aspect décrit sous le nom de moelle de jonc, laquelle se confond sans ligne de démarcation d'une part avec la surface libre de l'ongle et d'autre part avec l'épiderme du lit unguéal; le tissu unguéal examiné au microscope renferme une grande quantité de trichophyton, spécialement de tubes très allongés. Sur la partie externe du dos des deux mains, on trouve une plaque érythémateuse offrant quelques petites croûtes et un peu de desquamation lamellaire, limitée sur la main gauche par un bord rouge assez net; cette plaque paraît bien de nature trichophytique, quoique l'examen histologique des squames n'ait pas été pratiqué.

Le malade raconte qu'il y a sept ans, il eut sur le dos des mains et sur différents points du corps des plaques rouges à développement progressif; l'ongle du médius droit a été envahi le premier, deux ans après le début des lésions cutanées; celui de l'auriculaire gauche a été pris le dernier il y a

trois ans. Il semble bien que l'envahissement des ongles s'est fait à la suite de l'extension à la région unguéale des plaques trichophytiques des doigts, suivant une pathogénie indiquée par C. Pellizzari.

GEORGES THIBIERGE.

SOCIÉTÉ D'ANATOMIE ET DE PHYSIOLOGIE DE BORDEAUX

SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1890

Lupus du nez consécutif à une fistule lacrymale.

M. BADAL présente un homme qui, à la suite d'un phlegmon du sac lacrymal suivi de fistule, est atteint d'une lésion cutanée présentant les caractères du lupus, lésion qui a débuté autour de l'orifice de la fistule et s'accompagne d'un ectropion de la partie interne de la paupière inférieure, Il est probable que l'affection a débuté par les fosses nasales pour envahir l'appareil lacrymal et atteindre la peau.

M. ARNOZAN. — L'écoulement du liquide par le trajet fistuleux a certainement provoqué l'inoculation de la peau voisine de l'orifice.

M. W. DUBREUILH pense que les érosions légères qui se produisent sur la peau constamment baignée de pus ont ouvert la porte à l'infection, et ce qui tend à prouver que la lésion s'est développée par inoculation, c'est qu'elle est située au-dessous de l'orifice fistuleux. Il est à remarquer que lorsque le pus des tuberculoses chirurgicales, qui est très pauvre en bacilles, s'inocule à la peau, il produit une tuberculose à marche torpide, le lupus, qui ne se caséifie jamais et qui est pauvre en bacilles; au contraire, l'inoculation du pus des crachats tuberculeux, si riche en bacilles, détermine des ulcérations très douloureuses, criblées de tubercules caséeux et extrêmement riches en bacilles.

GEORGES THIBIERGE.

SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES DE LYON

SÉANCE DE DÉCEMBRE 1890

Lupus éléphantiasique du membre supérieur.

M. PONCET présente le membre supérieur d'un homme atteint de lupus éléphantiasique et chez lequel il a pratiqué la désarticulation de l'épaule. Le malade, âgé de 41 ans, avait eu pendant l'enfance des gommes scrofulo-tuberculeuses, à 39 ans une ostéite du pariétal gauche. L'affection du membre supérieur avait débuté à l'âge de 16 ans par une plaque située sur la face externe du bras droit; peu à peu elle s'était étendue à tout l'avant-bras et à la main. Au bout d'une dizaine d'années la peau était devenue œdémateuse et cicatricielle, les doigts s'étaient successivement éliminés phalange par phalange sans qu'il y ait jamais eu d'abcès et sans douleur vive.

Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, on constatait du gonflement de la main et de l'avant-bras, au bras des ulcérations recouvertes de croûtes et des cicatrices; au niveau de la main existaient de nombreux bourgeons hémorrhagiques indiquant une transformation épithéliomateuse de la lésion primitive. Pas de signes de tuberculose pulmonaire.

SÉANCE DE JANVIER 1891

Épithélioma de la lèvre supérieure

M. Tripier présente un jeune homme de 18 ans atteint d'une lésion de la lèvre supérieure ayant l'aspect d'un cancroïde. L'examen histologique d'un fragment de la tumeur ne contredit pas l'idée d'épithélioma. mais ne présente aussi rien de caractéristique; en présence de cette affection insolite par son siège, sa forme et l'âge du malade, on donne de l'iodure de potassium. Cette médication ne produit aucun résultat; de nouvelles incisions de la tumeur permettent de faire un second examen histologique : cette nouvelle préparation est en faveur du cancer, car à côté d'un fragment de peau saine non enflammée, il existe des globes cornés situés profondément.

L. Perrin.

SOCIÉTÉ NATIONALE DE LYON

SÉANCE DU 16 FÉVRIER 1891

Relation du sympathique cervical avec l'épiderme et les glandes.

M. Arloing a étudié sur le mufle du bœuf et le bout du nez du chien les relations fonctionnelles du sympathique cervical avec l'épiderme et les glandes. D'après ces recherches, le cordon cervical renferme chez ces animaux des nerfs glandulaires excito-sécrétoires et phréno-sécrétoires et des nerfs trophiques.

Après section du cordon cervical du sympathique, les nerfs sensitifs étant intacts, on voit chez le bœuf en des points du mufle apparaître des troubles trophiques, caractérisés au microscope par une hypertrophie du corps muqueux de Malpighi et une superactivité des éléments cellulaires dans le stratum corneum et la couche desquamante. De même chez le chien, dans la région du bout du nez, après section de ce même filet cervical d'un côté, on voit survenir des troubles trophiques qui n'existent pas du côté sain et en rapport avec ces troubles trophiques des troubles sécrétoires.

L'influence du sympathique sur la sécrétion sébacée est très manifeste, bien que jusqu'ici elle n'ait pas été notée en physiologie. La raison en est peut-être que cette action ne peut se voir que sur les grands follicules sébacés, tels que ceux que l'on trouve sur l'oreille de l'âne. Chez cet animal, le sympathique cervical étant coupé, on voit, au bout de dix-huit à vingt heures, un très grand nombre de gouttelettes graisseuses distribuées

en quinconce, lactisantes, grosses comme une tête d'épingle, constituées de débris épithéliaux et de graisse libre provenant manifestement des glandes sébacées. Elles reparaissent le lendemain et le troisième jour; le quatrième jour il n'y a plus rien. La section du sympathique entraîne donc à sa suite une hypersécrétion qui tient non à l'influence vaso-dilatatrice, mais à l'excitation des nerfs excito-sécrétoires.

Les nerfs phréno-sudoraux ont été niés par Cl. Bernard, Vulpian, puis admis par d'autres. Pour résoudre la question, il faut chercher non sur la tête en général, mais dans certains départements de la tête; c'est à la base de l'oreille que se trouvent les filets sympathiques phréno-sécrétoires. M. Arloing l'a vu en laissant dégénérer les nerfs coupés et au bout de dix à douze semaines, en pratiquant une injection de pilocarpine. C'est dans ce même point qu'il a vu apparaître la sueur.

L. Perrin.

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

SÉANCE DU 2 DÉCEMBRE 1890.

1° De l'injection de Koch dans le lupus érythémateux, avec présentation de malades. — 2° Valeur diagnostique de l'injection de Koch dans quelques maladies syphilitiques douteuses des articulations et des testicules, avec présentation de malades.

G. Lewin. — Dans le débat élevé au sujet du lupus, il n'a pas été tenu compte jusqu'ici des diverses phases de la maladie dans lesquelles le remède de Koch peut avoir une action curative. Le lupus n'est pas la seule maladie tuberculeuse de la peau; il y a six formes dans lesquelles la méthode peut avoir une action favorable. C'est à la fois un réactif et un remède pour la tuberculeuse et le lupus. On connaissait des médicaments, par exemple le mercure et l'iodure de potassium, qui sont en même temps des réactifs et des remèdes.

Six formes de maladies de la peau doivent être regardées comme tuberculeuses : 1° le lupus vulgaire; 2° les ulcères tuberculeux par excellence; 3° la scrofulodermie; 4° le lupus érythémateux; 5° la verrue tuberculeuse de la peau; 6° le tubercule anatomique.

Pour apprécier si la tuberculine peut être utile ou non, il faut connaître les phases de la maladie. Celle-ci débute dans le tissu sous-cutané par de petites nodosités perceptibles au toucher. A cette période, on peut facilement agir. Peu de temps après les nodosités deviennent plus volumineuses, il se produit de la desquamation, et il est alors facile de confondre le lupus, par exemple du nez, avec l'acné ou la syphilis. Dans le lupus verruqueux, la méthode de Koch est appelé aussi à rendre des services.

Le lupus est-il tuberculeux ou non? Personne n'a encore constaté avec certitude de bacilles dans cette affection. Les opinions sont très divisées. Veiel, Schütz, Lesser, Neisser pensent que le lupus érythémateux n'est nullement une affection lupique; Hutchinson était du même avis. Le

lupus érythémateux serait tuberculeux quand il est combiné avec le lupus vulgaire, s'il survient chez des tuberculeux et si la terminaison est tuberculeuse. Il y a dans la science une observation de lupus érythémateux de la muqueuse de la lèvre inférieure, il s'y ajouta une pneumonie, puis une tuberculose généralisée. Vidal a observé deux malades avec tuberculose pulmonaire concomitante, mais il pense qu'il s'agit d'une coïncidence accidentelle.

Les recherches à ce sujet comportent de nombreuses sources d'erreur. Dans la tuberculose les bacilles ne sont plus dans les tissus malades, ils passent dans les parties saines parce que probablement — et c'est peut-être là-dessus qu'est fondé le procédé de Koch — leurs ptomaïnes concentrées les tuent.

Cas I. — Jeune fille de 17 ans, atteinte de lupus érythémateux discoïde sur la joue gauche ; après la première injection de 0,005, légère élévation de température, tuméfaction œdémateuse de la face autour des placards lupiques, rougeur œdémateuse, gonflement douloureux de la glande sous-maxillaire. Sur la face, les squames de la partie malade se détachent, au centre un peu de liquide sanguinolent avec croûtes, au dessous orifices béants des glandes sébacées. Après la quatrième injection, réaction générale intense (temp. 39°; nausées, vomissements, céphalalgie) ; réaction à peu près nulle au pourtour du disque lupeux, mais ce dernier est réduit d'un tiers. La deuxième zone se rapproche de la première, de la guérison et au centre la croûte est plus mince et sa teinte plus claire. Il en est de même de la tache lupique voisine. Un petit point rouge sur le nez, analogue à de l'acné, est beaucoup plus gros, plus sensible et se voit encore maintenant. D'après cette observation, l'auteur regarde le lupus érythémateux comme tuberculeux.

Une ouvrière de 25 ans a de nombreuses cicatrices sur le bras gauche, adhérentes à l'os, des proéminences et des squames. Le diagnostic était incertain entre la syphilis et la tuberculose. On pouvait croire qu'il s'agissait de syphilis (congénitale) avec certain nombre de papules de forme particulière ; dans la variété gommeuse de la syphilis, les petites nodosités prennent souvent la forme en demi-cercle. Par contre, il n'existait pas d'autres accidents. Quelques symptômes pouvaient faire penser à la syphilis acquise, mais sans exclure la tuberculose. Après la première injection, réaction générale moins accusée. Les parties malades se tuméfièrent, devinrent plus chaudes. On pouvait bien constater dans ce cas la propriété du remède pour révéler une tuberculose larvée. Autour d'une cicatrice située sous le bras gauche il y eut également de la réaction, apparition de deux petites papules rouge foncé avec squames.

Cas II. — Il s'agit d'un homme atteint d'ulcères sur le front, en partie cicatrisés, engorgement des deux testicules. A droite, trajet fistuleux aboutissant au testicule ; à gauche, la tumeur est constituée par l'épididyme. Il est difficile de dire si l'on a affaire à une lésion syphilitique ou à une épididymite blennorrhagique et tuberculeuse. Pas d'antécédents tuberculeux dans la famille. Râles au-dessus de l'omoplate gauche. Après la première injection, forte réaction générale et locale ; la tuméfaction n'a pas notablement diminué dans la suite.

Quatrième malade : nombreux ulcères d'apparence syphilitique, tuméfaction du genou droit avec douleurs nocturnes. Ces douleurs faisaient pencher en faveur de la syphilis (le jour ni douleur, ni sensibilité à la pression), ainsi que la consistance ferme. Après deux injections, pas de réaction, ni générale ni locale.

Rosenthal a employé le remède de Koch chez trois malades :

1° Jeune fille de 10 ans, depuis sept ans lupus vulgaire exulcérant; après une injection de 0,005, vive réaction, temp. 40°; le lendemain encore rougeur prononcée, formation de croûtes et sécrétion, l'œdème a diminué.

2° Ce malade a été souvent traité depuis des années. Première injection il y a huit jours. Il existait à gauche une cicatrice blanche, lisse, s'étendant de l'oreille au nez, recouverte de nombreuses petites nodosités, particulièrement sur les bords. On injecta d'abord 0,005, puis à plusieurs reprises 0,01; forte réaction générale et locale. Effet curatif évident. Il y a maintenant un lupus exfoliant, bon nombre de nodosités ont déjà disparu; les unes se résorbent, les autres se dessèchent et s'exfolient. Naturellement il n'est pas encore question de guérison.

3° Lupus du pavillon des deux oreilles et des parties voisines des joues, depuis huit jours en traitement. Après les injections, réaction purement locale, comme dans la tuberculose généralisée. Il y avait également un lupus de la conjonctive où se produisit une vive réaction. Tuméfaction de parties où auparavant on n'avait pas vu de lupus.

Chez la première malade il survint après chaque injection une éruption scarlatiniforme, miliaire, qui, après la troisième injection, prit l'aspect d'un érythème miliaire.

Discussion.

Köbner. — On n'a pas encore observé une guérison complète du lupus, même après quinze injections, bien qu'il y ait eu de notables améliorations. La réaction spécifique dans le tissu lupique est tellement évidente et typique pour des tubercules complètement invisibles au milieu d'un tissu cicatriciel ancien, que ces faits seuls suffiraient à faire époque dans la dermatothérapie, alors même qu'ils n'ouvriraient pas les plus brillantes perspectives pour le traitement du lupus vulgaire, du lupus tuberculeux. Ces injections ont démontré que, contrairement à l'opinion de Kaposi et de Schwimmer, le lupus était identique à la tuberculose; mais jusqu'ici il n'y a aucune guérison effective, même dans les cas les plus longtemps observés. Il survient même des récidives pendant l'application du traitement, alors que l'action locale et générale est le plus énergique, que le remède toxique agit encore, ainsi qu'on l'a observé dans un cas. La première malade présentée par Lewin paraissait atteinte d'un lupus vulgaire. La longue durée de la maladie, limitée à une seule joue, n'a peut-être jamais été observée dans le lupus érythémateux. Le remède de Koch est certainement propre à élucider la question. Pour l'affection du testicule, il s'agissait d'une épididymite tuberculeuse.

Lassar a traité par la méthode de Koch un certain nombre de lupus érythémateux. Dans un cas de lupus avec carcinome, le lupus a réagi

très nettement, tandis que le carcinome n'a pas été modifié. On pourra résoudre par ce mode de traitement la question de la nature du lupus érythémateux. Le seul point certain, selon lui, c'est que le lupus érythémateux ne réagit pas comme le lupus vulgaire.

Il a injecté cinq malades atteints de lupus érythémateux.

1° Lupus érythémateux cicatriciel. La nuit seulement, après l'injection, fièvre avec type irrégulier. Gonflement d'un paquet de ganglions lymphatiques ne permettant pas d'exclure la possibilité d'une autre affection tuberculeuse. Légère réaction locale : un peu de tuméfaction et d'humidité. Ce cas n'a pu être suivi.

2° Lupus érythémateux disséminé occupant tout le corps. Pas de réaction fébrile après plusieurs injections jusqu'à 0,02. Un très violent prurit aurait cessé depuis; on ne saurait dire si dans ce cas il s'agit d'un fait accidentel ou d'un effet de suggestion.

3° Fièvre intense après l'injection; pas de modification de taches, sauf la turgescence résultant de la température fébrile. Rien de suspect dans les crachats.

4° Pas de réaction. Le lupus érythémateux pâlit notablement peu de temps après l'injection; au bout de quelques jours, réapparition de la rougeur primitive. La malade était devenue un peu anémique, ainsi qu'on l'observe chez quelques personnes pendant le traitement. Les tissus malades sont plus exposés à ces complications que ceux qui sont tout à fait sains.

5° Ce matin injection à une malade atteinte de lupus érythémateux qui n'a présenté ni réaction générale ni réaction locale.

Rosenthal partage l'opinion de Köbner au sujet de la malade présentée par Lewin et communique trois observations de lupus érythémateux, recueillies par Neisser, chez des malades il n'y eut pas de réaction locale mais seulement une élévation de la température.

G. Behrend. — En dehors du remède de Koch, il est d'autres moyens pour distinguer le lupus érythémateux du lupus vulgaire. Le premier présente des symptômes si tranchés, que si l'on en tient compte le doute est impossible. Celui-ci est une inflammation superficielle sans engorgement ganglionnaire notable.

Le lupus érythémateux n'est même pas un lupus, d'après Behrend, et doit en être séparé. Pour le moment il est impossible de porter un jugement définitif sur le mode d'action du remède de Koch. Non seulement il permet de diagnostiquer plus facilement des manifestations lupiques, mais il les guérit. Il résulte des symptômes cliniques que le lupus est une tuberculose. Kaposi, Schwimmer et Vidal sont seuls d'une opinion contraire. Dans le lupus, on voit survenir exactement les mêmes symptômes que dans les maladies parasitaires locales, inflammation, infiltration cellulaire, néoplasie inflammatoire et destruction du tissu. Celle-ci ne se produit pas dans le lupus érythémateux, quelle que soit sa durée. Même après une injection de 0,007, il n'y a pas eu de réaction typique chez la malade de Lewin. L'orateur a observé, à la suite d'injections, l'apparition de quelques points hémorrhagiques dans le tissu lupique.

Isaac rend compte d'une communication de Kaposi. Ce dernier a injecté

douze malades atteints de lupus vulgaire, un de lupus érythémateux et un de lèpre tubéreuse. Tous ont présenté une réaction locale et les phénomènes qui se produisent d'ordinaire dans le lupus vulgaire.

Lewin réplique que, dans son premier cas de lupus, les ganglions ne devinrent pas immédiatement apparents, mais furent douloureux après l'injection. Chez sa malade il n'y avait pas un seul des tubercules que l'on trouve habituellement dans le voisinage de toute affection lupique. Ceux-ci subissent la dégénérescence caséeuse et le tubercule primaire occupe une place circonscrite. Dans ce cas, il n'y avait, au contraire, pas d'ulcération. Le lupus superficiel détruit la peau; ce n'est pas non plus le cas ici. Après enlèvement des squames, les orifices sébacés et folliculaires apparurent nettement, dont un en forme de cratère. Dans le lupus vulgaire, ils ne sont pas apparents. Celui-ci n'a pas la forme discoïde. L'absence de réaction constatée par Behrend se rencontre aussi fréquemment dans la tuberculose pulmonaire; cependant, après quelques injections, il y a eu aussi chez cette malade une légère élévation de température.

Köbner. — En présence des observations concordantes de 50 à 60 cas de lupus vulgaire dans nos hôpitaux, qui ont présenté sans exception une vive réaction locale à la suite de l'injection, on trouve l'absence bien constatée de réaction locale dans les cas de lupus érythémateux de Lassar et de Neisser. Cette différence autorise le doute au sujet de l'identification des deux variétés de lupus. De plus, le cas de Lewin s'est développé comme un lupus vulgaire.

Saalfeld présente trois lupeux traités par d'autres méthodes et chez lesquels on a obtenu un résultat relativement bon.

(*Therapeutische Monatshefte*, 1891, n° 1, page 40.)

(*A suivre.*) A. Doyon.

IVe CONGRÈS DES MÉDECINS RUSSES

TENU A MOSCOU DU 3 AU 10 (15 au 22) JANVIER 1891

SECTION DES MALADIES CUTANÉES ET VÉNÉRIENNES

SÉANCE DU 5 (17) JANVIER

De la syphilis cérébrale, de son diagnostic et de son rapport avec les autres maladies du système nerveux (1).

V. M. Tarnovsky, rapporteur. — Après avoir fait l'historique de la question et montré que l'étude de la syphilis du cerveau ne date que de la deuxième moitié de notre siècle, il s'élève contre l'engouement avec lequel on considère la syphilis comme cause des maladies du système nerveux. Ce ne sont pas les antécédents qui peuvent nous éclairer sur l'étiologie des affections

(1) *Vratch*, 1891, n° 3, p. 79.

nerveuses, mais bien la marche de la maladie, la succession et l'enchaînement des phénomènes observés. C'est ainsi que, autrefois, on attribuait à la syphilis toutes les paralysies oculaires survenues chez des sujets ayant eu la syphilis, tandis qu'à l'heure qu'il est on sait bien diagnostiquer celles provenant d'autres causes (comme le tabes). La paralysie générale progressive et le tabes ne sont pas d'origine syphilitique. Il est vrai qu'ils se rencontrent plus souvent chez des syphilitiques, mais la disposition à ces maladies existait déjà antérieurement à la syphilis qui n'a joué que le rôle de cause occasionnelle. Les statistiques présentées par les auteurs ne démontrent rien : « la statistique trouve, mais ne prouve rien. » Surtout il ne faut pas faire à tous les tabétiques et les paralytiques généraux le traitement mercuriel qui, d'après Charcot, n'a jamais arrêté le développement du tabes. En terminant, il déclare que c'est la neuropathologie qui nous aidera à comprendre la syphilis du cerveau, de même que la dermatologie a permis d'asseoir sur des bases solides l'étude des localisations de la syphilis sur la peau et les muqueuses.

Minor. — Tout en considérant comme erronée l'opinion des auteurs qui regardent tous les tabétiques et les paralytiques généraux comme atteints de syphilis du système nerveux, il ne se croit pas autorisé à rejeter complètement le traitement spécifique dans ces affections. Comme Schümpell, il est d'avis d'essayer toujours le mercure au début de la maladie, le tabes apparaissant ordinairement dans le cours même de la syphilis alors que les accidents spécifiques ne sont pas encore tout à fait éteints. De plus, quelques symptômes que l'on rencontre dans le tabes (tels que les hémiplégies, les paraplégies et aussi la plupart des paralysies oculaires) sont bien manifestement d'origine syphilitique et cèdent rapidement au traitement spécifique.

Tarnovsky. — Il ne nie pas que dans le tabes on rencontre aussi des phénomènes dépendant de la syphilis, mais il faut apprendre à les différencier de ceux qui n'ont aucun rapport avec cette maladie. Quant aux paralysies oculaires, il les divise, avec Charcot, en syphilitiques et tabétiques; les premières sont persistantes, les secondes ne sont que transitoires et disparaissent spontanément.

Minor. — La disparition spontanée ne plaide pas en faveur de l'origine tabétique des paralysies oculaires : les paralysies d'origine spécifique cessent aussi parfois sans traitement aucun.

Sikorsky. — Il s'élève aussi énergiquement contre le traitement spécifique du tabes et de la paralysie générale. Non seulement il n'est pas utile, mais encore est très nuisible. Ces affections sont caractérisées par la grande facilité avec laquelle elles provoquent l'atrophie du système nerveux. Or, le mercure agissant de même sur le système nerveux ne fait qu'aggraver l'état des malades; tandis que, en recourant à des moyens appropriés, on est en état de retarder l'évolution de la maladie de cinq à dix ans. Les ophtalmoplégies du tabes ne sont pas des paralysies à proprement parler, mais plutôt des troubles de la coordination.

Minor. — La marche des ophtalmoplégies dans le tabes, et l'anatomie pathologique démontrent que ce sont bel et bien des paralysies et non des troubles de la coordination. Très souvent elles sont causées par des mé-

ningites gommeuses et dégénérescence consécutive des fibres nerveuses.

SIKORSKY. — Il maintient son opinion sur la pathogénie des ophtalmoplégies pendant le cours du tabes.

TARNOVSKY. — Il conclut que les antécédents de même que des accidents spécifiques concomitants et le traitement ne peuvent suffire pour établir cliniquement la syphilis du cerveau. C'est l'étude soigneuse et attentive des maladies du système nerveux qui nous donnera la solution de la question. Le diagnostic doit s'appuyer sur l'étude des phénomènes à observer : leur évolution, les particularités de leur marche, leur terminaison, leurs rapports mutuels, leur groupement et les complications notées, en un mot, sur tout l'ensemble du tableau et non sur un symptôme isolé. Le traitement spécifique doit être rejeté pour le tabes et la paralysie générale même quand les malades présentent des antécédents syphilitiques manifestes. Ce sont plutôt l'alcoolisme et l'hérédité nerveuse qui doivent être regardés comme les causes efficientes de la localisation de la syphilis sur le système nerveux.

De la lèpre et du traitement des lépreux (1).

O.-V. PETERSEN, rapporteur. — Ayant attiré l'attention sur l'existence de la lèpre dans les régions limitrophes (provinces baltiques et Russie du Sud) aussi bien que dans le centre de la Russie, il raconte le voyage qu'il a entrepris en Norvège pour s'assurer si la lèpre est contagieuse et sur le meilleur moyen de traiter les lépreux. En faveur de la contagiosité plaide la diminution des cas de lèpre en Norvège, au fur et à mesure qu'augmente le nombre des léproseries (ce qui se voit très bien sur les cartes dressées par BERGEN). Il se prononce, pour le traitement des lépreux, contre les asiles et les hôpitaux, mais pour les colonies avec des fermes bien organisées et des terrains où les lépreux bien portants pourraient cultiver la terre, ce qui diminuerait énormément les dépenses nécessaires pour leur entretien.

A.-G. POLOTEBNOFF, co-rapporteur. — La question sur la contagiosité de la lèpre soulevée de nouveau depuis la découverte du bacille de Hansen reste toujours ouverte. Pour étudier à fond la lèpre, il faut envoyer des médecins spécialistes dans les gouvernements de la Russie où elle sévit à l'état endémique. Il est impossible de se contenter de l'observation clinique dans les hôpitaux : sur des sujets isolés entrés à l'hôpital tout ce que l'on peut faire, c'est d'étudier la marche et les formes de la maladie et les moyens thérapeutiques. Il se prononce pour le traitement des lépreux dans des asiles spéciaux, mais à la condition que l'internement ne soit pas rendu obligatoire. On a argué de divers côtés que l'entrée doit être obligatoire pour empêcher la lèpre de faire tache d'huile dans les gouvernements non atteints encore. Mais il faudrait démontrer préalablement que cette extension est un fait indéniable : ce qui rendrait nécessaire l'examen médical de tous les habitants des endroits infectés. En Angleterre et en France, on s'en remet, pour combattre la lèpre, aux mesures hygiéniques.

A.-J. BROUEFF. — En 1880 et les années suivantes il examina, à quatre

(1) *Vratch*, 1891, n° 3, p. 81 et n° 6, p. 183.

reprises, tous les cosaques d'Astrakhan et ne trouva parmi eux qu'un seul cas de lèpre.

A.-G. Gay. — Ni l'histoire de la lèpre, ni la marche de la maladie ne nous donnent le droit de nous prononcer catégoriquement sur sa contagiosité ou sa non-contagiosité. Les colonies doivent être fondées aux frais de l'État, et les lépreux qui s'y trouvent doivent être mis en état de travailler : autrement on les condamnerait à souffrir pendant des années et des années.

Kozlovsky. — Il est contre la contagiosité de la lèpre. Comme médecin traitant des lépreux, il était toujours dans leur intimité et a pratiqué un grand nombre d'autopsies ; il connaît des infirmières qui pendant plus de quinze ans soignaient des lépreux, et néanmoins il n'a jamais vu de cas de contagion. Sa pratique avec les lépreux remonte déjà à plus de trente ans, et il n'a jamais observé de contagion par suite de la vie en commun avec des malades. Grâce à son rapport, l'administration du Caucase a fermé les léproseries qui y existaient.

Pospielloff. — Il rappelle le cas de lèpre traité par Naïdenoff survenu chez un habitant de Moscou.

N.-J. Vobly. — Il rapporte le cas d'une femme du gouvernement d'Orloff ayant séjourné pendant dix ans en Caucase où elle a perdu toute sa famille, et qui s'est présentée chez lui avec des nodules lépreux à la face et aux doigts. Ce cas plaide fortement en faveur de la contagion.

O.-V. Petersen. — Il maintient absolument, contre Kozlovsky, la contagiosité de la lèpre. Comme preuves à l'appui, il cite la présence des cellules géantes dans les tubercules lépreux et les résultats positifs de l'inoculation à divers animaux. De plus, il est hors de doute que la lèpre est une maladie microbienne : or toutes les affections microbiennes seraient, d'après lui, contagieuses (?).

Tarnovsky. — Dans l'ignorance, il faut tâcher du moins de ne pas nuire. Du moment que nous croyons les colonies utiles aux malades et rendant des services aux non-affectés en empêchant l'extension de la lèpre, nous sommes incontestablement autorisés à demander, au nom de l'humanité, leur installation.

Mise aux voix, la question des colonies lépreuses est résolue affirmativement par l'assemblée. Zaguelmann.

SOCIÉTÉ RUSSE DE SYPHILOGRAPHIE ET DE DERMATOLOGIE

SÉANCE DU 22 DÉCEMBRE 1890 (3 janvier 1891)

Cas de syphilis extra-génitales.

A.-A. Tchaguine. — Ouvrier de 24 ans, avec un chancre induré sur la joue gauche. Il fut mordu par un camarade atteint de plaques muqueuses linguales.

A.-A. Vedenski, qui avait traité ce premier malade, ajoute que très probablement celui-ci aussi souffrait d'une infection extra-génitale.

Les autres membres de la Société rapportèrent à leur tour des cas d'infection extra-génitale; chancre de l'amygdale gauche de cause inconnue (N.-N. Yakimovitch), de la paupière inférieure droite près de la commissure externe (Froloff), de la région inguinale gauche (O.-V. Petersen), de la lèvre supérieure (Tchistiakoff), de la mamelle gauche (D.-D. Stepanoff). Dans ce dernier cas, il s'agit d'une femme-nourrice infectée par un enfant confié à elle par l'Hospice des Enfants Assistés.

Séance du 26 janvier (7 février) 1891.

Des modifications morphologiques du sang dans la syphilis.

J.-J. Antse. — Il a étudié ces modifications chez soixante-cinq syphilitiques, une à deux heures après les repas. Dans la période d'état de la syphilis, on observe des globules rouges géants en grande quantité et la diminution de leur nombre ; dans la période de déclin augmentent les globules nains ; en même temps il y a poïkilocytose. Le nombre des globules rouges et blancs, le poids du corps et l'hémoglobine restent presque tels quels pendant la période primaire; au contraire, pendant la période d'éruption (avec légère élévation de la température), l'hémoglobine diminue de 20 p. 100 environ, les globules rouges baissent de 1 p. 100, les leucocytes s'élèvent jusqu'à 8700-8800 pour 1 mmc.; le poids du corps tombe. Cet appauvrissement du sang s'accentue de plus en plus jusqu'à ce que survienne l'anémie syphilitique : cette dernière arrive indépendamment du traitement employé. Plus tard l'état du sang s'améliore sous l'influence du traitement et de l'effacement des symptômes spécifiques : la régénération du sang a lieu. Elle s'annonce tout d'abord par une augmentation considérable des leucocytes et ce n'est que plus tard que l'on note l'élévation du taux de l'hémoglobine et des globules rouges, l'augmentation du poids du corps et la diminution des leucocytes jusqu'à la normale. — Quant aux modifications qualitatives des leucocytes, dès la période primaire l'on note la diminution des globules polynucléaires, l'augmentation des mononucléaires et des globules transitoires et l'accroissement notable des globules éosinophiles. Ces changements s'accentuent avec la gravité de la maladie et deviennent moins prononcés avec l'amélioration de l'état général, de sorte que vers la fin les mononucléaires, les globules transitoires et les éosinophiles font en grande partie place aux globules polynucléaires dont le nombre atteint presque la hauteur initiale. Le nombre des lymphocytes atteint son maximum avec la tuméfaction des ganglions (c'est-à-dire pendant la période primaire), pour diminuer avec le rétablissement du malade. — On sait que, d'après Ehrlich, les globules blancs à granulations éosinophiles appartiennent au groupe myélogène. Or, l'auteur ayant toujours constaté l'augmentation des globules éosinophiles seulement (et jamais des globules baso et neutrophiles), on est en droit de conclure que l'activité hématopoiétique de la moelle osseuse est rendue plus énergique dans le cours de la syphilis. — L'élévation de la température étant peu accusée dans la

syphilis, la diminution du nombre des globules rouges et du taux de l'hémoglobine n'est pas due à la fièvre, mais plutôt à l'action directe de la toxine spécifique. — Les hématoblastes de Hayem (ou les plaques sanguines de Bizzozero) diminuent de nombre pendant l'éruption et l'anémie et augmentent de nouveau avec l'amélioration de l'état du malade. — L'auteur conseille contre l'anémie le sirop d'iodure de fer qui lui aurait donné de très bons résultats.

N.-V. Ouskoff. — Les conclusions de l'auteur ne sont pas bien solidement assises, la proportion des globules éosinophiles variant considérablement d'un sujet à l'autre. Les examens doivent être faits avec plus de soins pour permettre de se prononcer catégoriquement sur un sujet si important.

Infection extra-génitale chez une prostituée.

M. A. Tchistiakoff. — Il s'agit d'une prostituée âgée de 17 ans, s'occupant de son métier depuis deux ans, et entrée à l'hôpital avec un chancre induré de la lèvre inférieure. Un mois plus tard, éruption papuleuse sur tout le corps. C'est le troisième cas d'infection extra-génitale chez des prostituées, mentionné dans la littérature russe. Les deux autres remontent à 1890.

(*Vratch*, 1891, nº 1, p. 21, et nº 5, p. 159.)

Zaguelmann.

(*A suivre.*)

REVUE DES PÉRIODIQUES

DERMATOLOGIE

Bouton de Biskra. — Firth. Notes on the appearance of certain sporozoïd bodies in the protoplasm of an « oriental sore » (bouton de Biskra) (*The Brit. med. Journ.*, 10 janvier 1891, p. 60).

L'auteur a observé dans l' « ulcère d'Orient » appelé aussi « furoncle de Delhi », et connu en France sous le nom de Bouton de Biskra, des formes cellulaires qu'il rapproche des sporozoaires, et qu'il nomme « sporozoa furunculosa ». Pour lui, les caractères histologiques de cet ulcère sont voisins de ceux de l'épithélioma. La courte description qu'il donne des parasites fournit peu de renseignements. A un faible grossissement, ceux-ci paraissent homogènes, mais à un fort grossissement, ils sont granuleux ou contiennent un grand nombre de très petites spores. Tantôt groupés, tantôt isolés, ils ont paru, à l'observateur, entourés d'un espace clair plus ou moins net.

Le Dr Cunningham a déjà décrit à Calcutta, en 1885, des organismes analogues dans le « furoncle de Delhi ». Louis Wickham.

Cancer. — Sibley. Non contagiousness of cancer (*Path. Soc. Lond.*, 2 déc. — *The Lancet*, 13 déc. 1890, p. 1271).

Le Dr Sibley pense que lorsqu'on rencontre deux surfaces juxtaposées atteintes l'une et l'autre de cancer, il ne s'ensuit pas qu'il y ait eu nécessairement contagion directe, comme on se hâte trop souvent de le faire. La surface juxtaposée a pu devenir cancéreuse par l'*irritation* dont elle a été l'objet, par suite du contact constant de la première surface atteinte de cancer. Il cite à l'appui de son dire le cas d'un malade présentant à la fois une ulcération bourgeonnante à la langue et à la joue au niveau d'une molaire cariée. On aurait pu croire à une contagion directe d'une surface à l'autre. Or ces deux surfaces, bien qu'au même niveau, ne se touchaient nullement; et la dent malade, qui les séparait, était manifestement la cause de chacun des deux cancers par l'irritation qu'elle déterminait. Louis Wickham.

Chéloïde consécutive à la vaccine. — Juan Azua. Queloides consecutivos a la vacuna (*Revista clinica de los hospitales*, 1890, p. 41).

La raison du développement des chéloïdes, aussi bien des chéloïdes spontanées que des chéloïdes des cicatrices, est assez peu connue, et le cas suivant est intéressant par le nombre des chéloïdes, par leur cause occasionnelle et par leur marche :

Une enfant de 7 ans, lymphatique, est vaccinée à l'âge de 3 ans. L'éruption de vaccine se généralise et donne lieu à une trentaine de pustules réparties sur toute la surface du corps. A la chute des croûtes, il se fit des cicatrices arrondies, rouges

et lisses. Quelque temps après, au dire de la mère de l'enfant, on remarqua que les cicatrices, sans perdre leur aspect lisse et rouge, devenaient proéminentes et empiétaient sur les parties voisines saines. Elles s'accrurent lentement pendant trois ans ; puis la mère remarqua que ces cicatrices diminuaient à la périphérie. Observées par l'auteur, ces chéloïdes sont inégalement réparties sur tout le corps. Rouges au centre, elles sont blanches à la périphérie et présentent de fins tractus fibreux qui s'étendent au voisinage, de telle sorte que les parties rouges semblent serties d'un fin anneau blanc et fibreux répondant à la périphérie des anciennes ulcérations; ces dernières répondent exactement à la partie rouge et lisse de la lésion. Sur cette partie annulaire blanche, on remarque les orifices des follicules qui font entièrement défaut à sa partie centrale. La saillie de chacune de ces élevures est de 2 à 3 millimètres. La mère affirme que depuis un an elles diminuent aussi bien en saillie qu'en largeur. Absence complète d'un trouble quelconque.

Les hypertrophies cicatricielles, improprement appelées fausses chéloïdes, se voient rarement à la suite des pustules de vaccine. Rayer cite des cas consécutifs à la variole. Sur chacune des néoplasies cutanées de cette petite malade, on voit deux éléments distincts : l'un central, rouge, lisse, sans orifices folliculaires ni poils; l'autre, périphérique, blanc, d'apparence fibreuse. Chacun d'eux représente une production différente : le premier est une cicatrice hypertrophique, riche en tissu conjonctif jeune; le second élément est une véritable chéloïde. De leur réunion résulte la chéloïde des cicatrices (Kaposi). La différence entre une cicatrice hypertrophique et et une chéloïde est évidente au microscope, mais il n'en est pas de même en clinique. La cicatrice, hypertrophique ou non, est un tissu de nouvelle formation qui occupe la place exacte de l'ulcération et qui manque d'orifices folliculaires, de poils, d'éminences papillaires ; la chéloïde, au contraire, se développe entre les couches du derme sans les détruire, d'où la conservation des papilles, des poils, des orifices, etc. Au point de vue clinique, la cicatrice hypertrophique n'occupe que la place de l'ulcération. Le tissu fibreux qui la constitue est riche en cellules lorsqu'il est jeune; pauvre, au contraire, lorsqu'il est ancien. Malgré ces différences, il est des cas appelés par Kaposi chéloïdes des cicatrices qui résultent d'une combinaison d'une cicatrice hypertrophique ou non et d'une chéloïde vraie et qui doivent être rangés à côté de la chéloïde (néoplasie conjonctive développée entre les couches de la peau) et de la cicatrice hypertrophique (néoplasie conjonctive qui se substitue aux couches de la peau détruites). L'observation présente est un type de chéloïde de cicatrices. Comme dans les autres cas, on ne trouve pas la raison de ce développement : la régression spontanée de ces chéloïdes est une particularité très rare. PAUL RAYMOND.

Furoncles. — POWELL. An epidemic of boils (furoncles) and carbuncles (anthrax) (*Brit. med. Journ.*, 13 déc. 1890, p. 1367).

Powell rapporte l'histoire d'une épidémie de furoncles et d'anthrax survenue au « Nottingham Borough asylum » et qui dura plusieurs mois d'octobre 1888 à février 1889. Le point de départ fut l'admission à l'hôpital d'un homme atteint dans la région dorsale de deux furoncles et d'un anthrax. Peu après son entrée, les malades couchés aux lits voisins furent atteints à leur tour. L'épidémie s'étendit à deux salles voisines et s'y cantonna. Il y eut en tout 32 malades. Les éruptions ont souvent consisté

en pustulettes, en pustules ; il y eut des abcès et des phlegmons. Plusieurs des autres malades traités dans les salles présentèrent un état général infectieux alarmant. L'auteur fait remarquer que l'épidémie a principalement atteint les sujets débilités et affaiblis.

Grâce à l'antisepsie locale rigoureuse, à la médication tonique et surtout à l'isolement des malades, on est parvenu, mais non sans peine, à limiter et à arrêter l'épidémie. LOUIS WICKHAM.

Lèpre. — H. LACAZE. Lèpre et pian aux Antilles; léproserie de la Désirade (*Archives de médecine navale et coloniale*, janvier 1891, p. 35).

Ce mémoire est surtout consacré à l'exposé des idées de l'auteur sur la lèpre qu'il a étudiée à la léproserie de la Désirade dont il est le directeur. Ces idées sont trop en dehors des notions reçues pour ne pas mériter d'être signalées.

C'est ainsi que l'auteur ne considère pas la contagion comme démontrée. Il a vu des sujets sains vivre au milieu de leurs parents lépreux, des religieuses les soigner sans contracter la maladie. Si la contagion existe, elle doit être exceptionnelle. Nécessairement, l'auteur admet l'hérédité de la maladie, tout en reconnaissant qu'elle n'est pas fatale et en citant de nombreux exemples dans lesquels elle ne s'est pas exercée. Il admet des relations entre la lèpre d'une part, le lymphatisme et l'arthritisme d'autre part, et en cite comme exemples les lymphites des membres inférieurs et les adénopathies fréquentes chez les lépreux, la tuméfaction et les douleurs articulaires des mains et des pieds. La lèpre a de plus, et ce n'est pas le point le moins personnel à l'auteur, des relations avec la tuberculose : le bacille lépreux d'abord a de grandes analogies avec le bacille tuberculeux; en outre, — la lèpre « le tubercule de la peau », dit Lacaze, — s'accompagne souvent de phthisie pulmonaire : les lépreux ont très souvent des ascendants morts de phthisie pulmonaire, et lorsqu'il n'y a pas de cas de lèpre dans la famille d'un lépreux, on est sûr d'y trouver des antécédents héréditaires de tuberculose.

L'auteur est logique avec les idées précédentes, lorsqu'il déclare que la disparition de la lèpre dans nombre de pays tient à ce que les lépreux, chassés de partout, vivaient isolés dans des huttes bâties sur le bord des chemins : c'est quelque chose comme l'aération continue appliquée à l'extinction de la lèpre, avant de l'être au traitement de la tuberculose. Cet isolement des lépreux et leur dissémination sont, pour l'auteur, l'idéal dans la lèpre; elles suffiront à l'éteindre de nouveau, tandis que l'encombrement dans les léproseries est la cause de la persistance de la maladie. Le traitement général doit être institué dès le début pour avoir quelques chances de réussite ; il doit être dirigé avant tout contre le lymphatisme, qui est ordinaire chez les lépreux : préparations iodées, dépuratifs, toniques, régime et surtout mouvement et grand air; dès le début, on doit employer les alcalins en boisson et en bains. Le traitement doit être continué avec persévérance de la part des malades et des médecins.

GEORGES THIBIERGE.

Leucoplasie linguale. — SHEILD. Leucoplakia (*Med. Soc. of Lond.*, 24 nov. — *The Lancet*, 6 déc. 1890, p. 1221).

Le malade présenté par M. Sheild à la Société de médecine de Londres avait été opéré, en décembre 1888, d'un épithélioma de la langue, de la grosseur d'une noisette. Actuellement, deux ans après l'opération, il n'y a aucune récidive, les ganglions sont indemnes ; mais la surface dorsale de la langue est indurée, fissurée, recouverte d'un épithélium corné épais formant des taches blanchâtres. Cette leucoplasie correspond, selon toute vraisemblance, à un état précancéreux, et l'auteur se demande s'il n'y aurait pas lieu, par mesure de prudence, de pratiquer une opération chirurgicale. LOUIS WICKHAM.

Lupus. — MOURE. Du lupus primitif des fosses nasales (*Archivos internacion. de laringologia*, etc. Barcelone, 1890, p. 75).

Le numéro 3 de cette Revue contient un travail original de M. le docteur J. Moure, de Bordeaux. C'est une leçon publiée en français sur le lupus primitif des fosses nasales. Elle a été recueillie et rédigée par M. le docteur Raulin, qui a consacré à cette question sa thèse inaugurale (1). Dans la leçon de M. Moure, on retrouve les particularités qui avaient été signalées par son élève, M. Raulin. Nous ne pouvons donc faire mieux que de renvoyer à l'analyse de M. Thibierge ceux que le sujet intéresserait.

PAUL RAYMOND.

Lupus. — O. NEILL. Treatment of lupus (*North of Ireland branch of the Brith. med. Assoc.*, 30 oct. 1890. — *Brit. med. Journ.*, 22 novembre 1890, p. 1186).

Le Dr O'Neill a guéri rapidement trois cas de lupus exedens développés sur le nez, aux joues, aux bras et aux jambes, par le procédé suivant :

1° Raclage très profond et complet, sous le chloroforme, avec la curette de Volkmann, puis scarification de la base et des bords des ulcérations.

2° Pansements renouvelés tous les 2 jours avec la pommade suivante :

Iodoforme.	1
Huile d'olive.	3
Lanoline.	4

LOUIS WICKHAM.

Lupus traité par la méthode de Koch. — MALCOLM MORRIS et PRINGLE. The first (premier) english case of lupus treated by Koch's method (*The Brit. Journ. of Derm.*, déc. 1890, p. 377).

Il s'agit d'un malade du docteur Morris traité à Berlin par le professeur Bergmann, dans une des chambres particulières de la Clinique royale. La

(1) V. *Ann. de Dermat.*, 1889, p. 826.

première inoculation eut lieu le 16 novembre au matin, en présence du professeur Koch. Huit heures après l'injection, la fièvre atteignit 40°,15 et fut accompagnée de grand malaise, de soif vive, de céphalalgie, de dyspnée, de nausées. En même temps, le lupus était le siège de modifications très remarquables, mais en tous points semblables à celles qui ont été déjà décrites. Après une série d'inoculations, les auteurs ont constaté chez leur malade une amélioration considérable. Malheureusement il y eut récidive quelques jours après que la tolérance eut été obtenue.

Louis Wickham.

Pemphigus. — Godfrey. Un cas de pemphigus (Isle of Wight district of the southern branch of the British medical Association, 30 octobre 1890. — Compte rendu dans le *Brit. med. Journ.*, 29 nov. 1890, p. 1242).

Malgré la vulgarisation des travaux de Duhring, de Brocq sur les maladies bulleuses, voici encore un cas très probable de « dermatite herpétiforme » méconnu et présenté sous le nom de « pemphigus » à une société médicale sans qu'une voix (si l'on s'en rapporte au compte rendu de la discussion générale qui suivit la présentation) se soit élevée pour rectifier le diagnostic ou tout au moins pour le discuter.

Obs. — Une femme nerveuse, de 42 ans, présente, au commencement de septembre 1890, de l'irritation de la peau, avec bouffissure, mais sans éruption. Le 25 septembre, apparition, aux cuisses, de papules plates de la largeur d'un petit pois ou d'une pièce de 20 centimes; quelques-unes sont plus étendues. Ces éléments éruptifs de forme arrondie ont un centre déprimé, jaunâtre; ils offrent à leur périphérie un bourrelet rouge foncé qui les limite très nettement et qui paraît constitué par la réunion de nombreuses papules. Extension périphérique très rapide; fusion des éléments; apparition de papules nouvelles. Vers le 3 octobre, l'éruption recouvre entièrement les cuisses, les genoux, et la région hypogastrique jusqu'à l'ombilic. Au début de cette éruption, il y avait eu une légère irritation de la peau sans que les papules aient été elles-mêmes particulièrement prurigineuses. Mais peu à peu ces signes s'étaient accentués et lors de l'apogée de l'éruption, les démangeaisons étaient intenses. En trois jours, l'éruption, les signes subjectifs diminuèrent rapidement et la malade put reprendre ses occupations habituelles; elle ne remarqua que de la desquamation aux points où l'éruption s'était développée.

Le 10 octobre, c'est-à-dire trois ou quatre jours après la guérison de l'éruption de papules, apparut une bulle en dedans du genou gauche; d'autres vinrent les jours suivants; le quatrième jour on put compter de 20 à 30 bulles disséminées, de la dimension d'un écu, très dures, remplies de liquide séreux; l'une d'elles était hémorrhagique, d'autres purulentes. Quelques-unes présentèrent à leur base une zone rouge enflammée. En même temps que les bulles survint de l'irritation de la peau qui ne tarda pas à se transformer en de véritables douleurs d'une grande intensité, là surtout où l'éruption présentait le plus d'inflammation comme aux

épaules, aux coudes, aux genoux. Puis tout rentra de nouveau dans l'ordre vers la fin d'octobre, les ulcérations consécutives aux bulles commencèrent à se cicatriser; les douleurs furent moins fortes; l'insomnie disparut. Il y eut, à la suite de cette éruption comme après la première, de la desquamation à toute la peau, sauf à la face, aux régions palmaires et plantaires. LOUIS WICKHAM.

THÉRAPEUTIQUE DERMATOLOGIQUE

Thérapeutique générale. — Antisepsie. — P. ORTIZ. Dos palabras acerca del tratamiento antiseptico local y profilaxis de algunas enfermedades cutaneas (*Revista de medicina y cirugia practicas*, 1889, p. 5).

On peut dire que l'antisepsie locale constitue actuellement l'une des médications les plus importantes dans le traitement des dermopathies. Les travaux des dernières années ont montré l'impérieuse nécessité de cette médication non seulement au point de vue de la guérison des différentes maladies qui sont considérées comme parasitaires, mais aussi au point de vue d'une prophylaxie générale du tégument externe. Son intégrité physiologique doit être sauvegardée autant pour que les importantes fonctions qui lui sont dévolues puissent s'effectuer que pour éviter la pénétration dans l'organisme d'agents infectieux qui pourraient y déterminer de graves désordres. L'auteur donne l'énumération des différentes substances et des méthodes de traitement antiseptique, employées dans diverses affections cutanées parasitaires : impétigo, ecthyma, furonculose, érythème, eczéma marginé, herpès, pemphigus, pityriasis, ulcérations vénériennes, chancre et dermopathies syphilitiques, lupus, lèpre, rhinosclérome, etc. Il nous est impossible de le suivre dans chacun de ces chapitres. Bornons-nous à l'ecthyma qui donnera une idée générale de la façon dont est compris son travail.

M. Vidal, dit-il, a démontré que les pustules d'ecthyma sont auto-inoculables. Nous avons eu plusieurs fois l'occasion d'observer et de prouver ce qui a été démontré par le dermatologiste français. Par suite de l'isolement des pustules, on peut très facilement soumettre l'ecthyma à la médication antiseptique au moyen de lotions de sublimé, d'acide borique et salicylique et en plaçant ensuite sur les pustules des petits morceaux d'emplâtre diachylum ou de Vigo. L'icthyol et la solution alcoolique de naphtol ou la solution aqueuse à 0,20 pour 1000 en lotions ou en bains généraux sont très efficaces autant comme traitement que pour la désinfection de la peau, afin d'éviter la contagion des processus ecthymateux qui se montrent habituellement dans le cours de certaines maladies infectieuses, la fièvre typhoïde par exemple.

En dehors de ces maladies précitées, il en est d'autres qui rentrent dans le même groupe : telles sont certaines formes d'acné, quelques éruptions du cuir chevelu (séborrhée), le molluscum contagieux, le mycosis

fongoïde, etc. De même, certains produits de sécrétion cutanée, les sueurs profuses où l'on rencontre des microbes, doivent être traités par la médication antiseptique. PAUL RAYMOND.

Aristol. — NEISSER. Ueber das Aristol. (Tirage à part du *Berliner klin. Wochenschrift*, 1890.)

Voici les résultats des essais thérapeutiques de l'auteur :

1° *Chancres mous.* Sept malades furent traités avec la poudre d'aristol, autrement dit avec la solution éthérée d'aristol dont l'action anti-bactérienne est plus énergique; le résultat fut absolument négatif, les ulcères ne prirent pas un bon aspect, mais augmentèrent malgré tous les soins apportés au traitement.

2° *Gonocoques.* L'aristol n'a aucune influence sur ces microorganismes, ni en injection de ce médicament en suspension dans de l'eau gommée, ni mélangé à de l'huile.

3° *Eczéma chronique.* Dans un cas d'eczéma chronique du creux du jarret, avec infiltration assez prononcée, l'application d'une pommade à l'aristol n'a pas eu une action très décisive, d'autres recherches sont nécessaires dans cette direction.

4° *Lupus.* Neisser a employé l'aristol dans treize cas. Ceux qui avaient été auparavant soumis au raclage ou à des cautérisations énergiques furent très favorablement modifiés, les ulcérations se cicatrisèrent rapidement. Par contre, dans les cas qui furent tout d'abord traités par l'aristol, on ne constata pas le plus léger résultat. L'auteur ne saurait donc signaler une action sur le processus lupeux, en tant que lupus, mais ce médicament favorise la granulation et la cicatrisation des ulcères qui ont perdu le caractère lupeux.

5° *Ulcères d'autre nature, formes syphilitiques tardives, scrofulodermie ulcérée, abcès ganglionnaires préalablement raclés, bubons après incision.* Ces diverses variétés d'ulcérations guérirent très bien sous l'influence de l'aristol. Brocq a observé les mêmes résultats favorables dans un cas d'épithéliome ulcéré.

6° *Lichen ruber plan.* Dans deux cas de cette maladie, l'aristol, au bout de quinze jours, n'avait en rien modifié les papules de lichen.

7° *Psoriasis.* Neisser a traité avec l'aristol douze cas de psoriasis. Dans deux cas l'action du remède fut lente, mais relativement bonne; dans les autres cas, après quinze jours à trois semaines, on ne pouvait constater aucun progrès et on dut avoir recours à une autre médication. Cependant Neisser a remarqué que parfois les surfaces qui avaient été primitivement traitées avec l'aristol guérissaient ensuite bien plus rapidement, par exemple avec la chrysarobine, que celles où l'on n'avait pas employé l'aristol. En somme, si, comme tous les autres auteurs, Neisser ne considère pas ce nouveau médicament comme ayant une efficacité particulière contre le psoriasis, il n'a pas par contre les inconvénients qu'entraîne presque pour tous les malades un traitement énergique par la chrysarobine ou l'acide pyrogallique. Aussi l'aristol devra-t-il être réservé pour les cas où ces deux derniers médicaments ne sont absolument pas tolérés, pour ceux

aussi où il n'y a pas lieu de poursuivre une guérison rapide. On doit le ranger à côté des préparations qui ont déjà fait leurs preuves telles que celles avec l'acide salicylique, le goudron, le soufre, le mercure.

8° *Eczéma parasitaire ou psoriasiforme.* Dans un cas de cette variété d'eczéma une pommade à 20 p. 100 d'aristol ne donna pas de résultat, tandis que la chrysarobine amena une guérison rapide.

A. DOYON.

Aristol. — T. SUÑOL. El Aristol (*Gaceta medica de Granada*, 1890, p. 517).

Étude fort complète de l'aristol au point de vue chimique et thérapeutique. L'auteur passe en revue les usages internes et externes de l'aristol. Nous nous bornerons à indiquer ces derniers et à exposer les résultats obtenus par les médecins espagnols. Le Dr Soller Buscalla, de Barcelone, a employé l'aristol en poudre et sans aucun mélange dans plusieurs cas de chancre induré, d'ulcères simples, de chancres mous, d'ulcérations inguinales consécutives à des bubons. Il commence par laver les ulcérations avec une solution phéniquée à 2 p. 100 ou à la liqueur de Van Swiéten; puis il les recouvre d'aristol et les panse avec un peu de coton hydrophile. Dans les ulcérations du gland, les résultats n'ont pas toujours été très favorables, les plaies se recouvrent d'un dépôt pultacé, s'enflamment et leurs bords se tuméfient. Dans un cas, trois pansements à l'aristol séparés par un intervalle de trois jours ont été suffisants. Il cite un cas de chancre syphilitique situé sur la face dorsale de la verge, arrondi, de 2 centimètres de diamètre et qui se cicatrisa après deux pansements à l'aristol, faits à quatre jours de distance l'un de l'autre.

Dans les ulcérations anciennes de la vulve que rien ne modifie, l'aristol a donné au Dr Soller d'excellents résultats; mais le cas que le Dr Soller considère comme le plus décisif en ce qui a trait à l'action de l'aristol est celui d'un jeune homme qui depuis six mois présentait une ulcération consécutive à un bubon suppuré et qui avait acquis des proportions inquiétantes (8 centimètres sur 5). Cette ulcération était irrégulière de forme, inégale en profondeur : l'état général était mauvais; puis survint du phagédénisme ; on appliqua alors l'aristol : aussitôt le phagédénisme s'arrêta et au septième pansement l'ulcération était à peu près cicatrisée. Les trois premiers pansements furent faits tous les deux jours, puis distancés à mesure que la cicatrisation s'accentuait.

Les observations du Dr Suñol sont semblables. Les pansements doivent être espacés. Il cite le cas d'un enfant atteint d'une pustule maligne de la face ; celle-ci cautérisée au nitrate d'argent et pansée de différentes façons s'étendait au lieu de rétrocéder, Application d'aristol toutes les trois heures : avant que vingt-quatre heures fussent écoulées, le gonflement de la joue et la tuméfaction ganglionnaire diminuait; la pustule se limitait, l'état général s'améliorait et la guérison survint. L'aristol est donc un agent précieux dans la thérapeutique cutanée.

Voici quelques formules proposées pour l'usage externe.

Pour les ulcères, les érosions, les éruptions, l'eczéma :

Aristol..	10 grammes.
Vaseline.	90 grammes.

Comme embrocation :

Aristol	10 grammes.
Collodion élastique.	90 grammes.

Pour usage spécial à certaines dermatoses :

Aristol	5, 10, 20 grammes.
Huile d'olives.	20 grammes.
Lanoline	100 grammes.

Le Dr Soller a aussi employé l'aristol avec succès dans diverses affections cutanées : ulcères variqueux, psoriasis, eczéma et principalement dans le lupus, se servant alors d'une pommade à 10 p. 100, recouvrant les parties malades avec une lame de gutta-percha et renouvelant le pansement deux ou trois fois par jour. PAUL RAYMOND.

Aristol. — V. FISICHELLA. Contribuzione clinica sull' aristolo nelle malattie veneree e sifilitiche (*La Riforma medica*, 16 octobre 1890 p. 1424).

Fisichella a employé l'aristol sur huit malades du service du professeur Ferrari, à Catane, atteints de lésions vénériennes ou syphilitiques; il conclut de ces observations que l'aristol a pour effet de produire la dessiccation des chancres simples et indurés, mais que cet effet se produit avec une certaine lenteur; dans les chancres phagédéniques, il n'a aucune action curative et paraît plutôt nuisible ; comparé à l'iodoforme, son seul avantage est d'être indolore, mais son efficacité est beaucoup moindre. En raison de son prix assez élevé et de toute absence de supériorité sur l'iodoforme et le calomel, l'aristol n'est certainement pas destiné, dit l'auteur, à prendre place parmi les médicaments utiles en syphiligraphie.

GEORGES THIBIERGE.

Casse à gousses ailées. — A. PORTE. Nouvelles recherches sur le « cassia alata », casse à gousses ailées (*Archives de médecine navale et coloniale*, octobre 1890, p. 241).

L'auteur avait déjà signalé, en 1879, la présence de l'acide chrysophanique dans la poudre de feuilles de « cassia alata », plante de la famille des légumineuses qui se trouve dans presque toutes nos possessions d'outremer. Il reprend l'étude de cette plante qui peut rendre des services en thérapeutique dermatologique à nos confrères de la marine. La préparation la plus active est l'extrait acétique de feuilles que l'auteur emploie en pommades à bases de lanoline contenant deux parties d'extrait pour 8 grammes de lanoline; il a obtenu avec cette pommade de bons résultats dans le psoriasis, dans l'eczéma et dans la trichophytie circinée.

GEORGES THIBIERGE.

Savon. — J. Kuhn. Ein neues Salbenconstituens (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1890, n° 36, p. 821).

Unna a le premier introduit, en 1885, les savons durs ou de soude dans le traitement des maladies de la peau. Mais la dureté de ces savons constituait précisément un obstacle à leur emploi, puisque les agents actifs devaient avec ces savons subir une modification chimique qui nuisait à un dosage exact. Mais, malgré cela, les avantages étaient si frappants en opposition aux corps gras usités, qu'on fit de nouveaux essais. Unna dit avec raison que le savon est une substance qui s'incorpore très facilement dans l'épiderme. La couche cornée, imbibée en même temps de graisse et d'eau, prend en plus grande quantité, et bien plus facilement, du savon que de la graisse d'une part et de l'eau de l'autre, parce qu'il n'y a aucun obstacle de mélange pour le savon, même en quantité considérable. Par conséquent, le savon est la préparation qui s'incorpore le mieux à l'épiderme, et, pour des motifs physiques, il est supérieur aux pommades avec les graisses et bien préférable à celles avec la vaseline et la glycérine, aux pâtes, etc. Comme autres propriétés excellentes des savons, il faut tenir compte de leur écume, car ils nettoient ainsi et agissent comme remède adoucissant; ils sont en même temps émollients et atténuent l'inflammation. L'indication la plus essentielle est, par conséquent, de n'employer des savons que dans toutes les dermatoses où il s'agit d'un traitement non irritant, doux et cependant efficace. Mais les conditions indiquées par Unna ne pourraient être remplies que si l'on parvenait à faire un savon sous forme de pâte, constamment invariable et résistant à toutes les températures et autres influences. En outre, il faut pouvoir l'étendre facilement, le faire pénétrer sûrement et rapidement dans les pores de la peau et qu'il se combine très intimement avec les remèdes.

Toutes ces conditions sont remplies exactement par le *mollinum.*

Après de nombreux essais, on est parvenu à fabriquer un savon d'une consistance molle et aussi neutre que possible; il n'a aucune action irritante. Le mollinum, sous sa forme concentrée de savon, agit non seulement comme base pour les pommades, comme peut être la vaseline et la lanoline, mais entraîne avec lui tout ce qui ne fait pas partie intégrante de la peau. On sait, au point de vue chimique, que, dans la préparation des savons, il est très difficile, même à peine possible, d'obtenir toujours, avec des proportions à parties égales et la nature uniforme des produits bruts, une proportion égale équivalente de lessive de potasse et de graisse (acides gras). Pour compenser les conséquences de cette incertitude et pour empêcher que le savon n'agisse d'une façon irritante par l'alcali libre, il faut établir le rapport entre les graisses et les alcalis le plus possible en faveur des premières.

Or avec le mollinum on attteint le résultat suivant, à savoir : que notamment son contenu graisseux dépassse le rapport équivalent des bases (lessives) exactement de 17 p. 100. Le mollinum est donc un savon avec 17 p. 100 d'excès de graisse. Pour ce motif, la présence de l'alcali libre non combiné ne peut pas être figuré chimiquement parlant et par suite il n'y a pas à craindre d'irritation de la peau. C'est là un caractère distinctif im-

portant sur toutes les préparations connues jusqu'ici. Pour préparer le mollinum on emploie de la graisse de rognons pure et fraîche, en un mot du sebum et l'huile de coco la plus fine. Les graisses sont saponifiées à froid principalement avec de la lessive de potasse et un peu de lessive de soude, de manière à obtenir la proportion ci-dessus indiquée entre les graisses et les bases. Par l'action consécutive de 30 p. 100 de glycérine et en chauffant encore une fois avec précaution, on termine la saponification et on obtient le mollinum. Ceci dûment expliqué réfute l'assertion de Liebreich qui prétend que le mollinum est un savon de potasse, tandis que, en réalité, c'est un savon de potasse et de soude. Cette préparation ainsi obtenue est le mollinum pur.

Il a une teinte blanc mat, tirant légèrement sur le jaune, la consistance est molle et on peut l'étendre facilement sur la surface cutanée. Il peut se conserver des années sans être altéré par les variations de température. Il en existe deux variétés dont l'une est un peu plus dure. On peut l'enlever facilement et rapidement en raison de sa nature savonneuse. Il ne tache pas le linge. Mais son principal avantage est de se combiner intimement avec tous les médicaments.

D'un grand nombre d'expériences faites par l'auteur, il résulte clairement que le mollinum est une base pour les pommades dont l'importance est inappréciable pour les progrès ultérieurs de la dermatothérapie. Par ses propriétés de savon, il l'emporte incontestablement dans toutes les maladies de la peau — papuleuses et squameuses sur les autres pommades. Il se combine avec les agents les plus actifs si on peut ainsi dire en un tout harmonieux; la forme de pâte ainsi que l'absence de tout phénomène d'irritation après emploi sont des avantages qui manquent à toutes les autres bases de pommades. Toutefois il y a quelques lacunes : ainsi, en raison de sa nature savonneuse, il est applicable aux processus inflammatoires aigus. A. Doyon.

VÉNÉRÉOLOGIE

Généralités. — Du Castel. Affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme (*Union médicale*, nos 91, 95, 99, 103, 106, 108, 112, 114, 118, 119, 121, 122, 126, 128, 130. — 1890).

M. du Castel, dans une série de leçons faites à l'hôpital du Midi décrit les ulcérations des organes génitaux chez l'homme; il commence cette étude par celles du chancre syphilitique et du chancre simple; il décrit ensuite le chancre mixte, les ulcérations secondaires et tertiaires survenant au cours de la syphilis, les herpès génitaux (herpès progénital récidivant de MM. Diday et Doyon, herpès névralgique de M. Mauriac, le zona génital et la balanite pustulo-ulcéreuse).

Ce travail échappe à l'analyse, nous ne pouvons qu'indiquer le plan général; c'est un exposé complet et méthodique de tout ce qui a été écrit à ce sujet et de tout ce que l'auteur a pu observer à l'hôpital du Midi.

L. Perrin.

Blennorrhagie. — Gardner W. Allen. Some points in treatment of gonorrhæa (*Sur quelques points du traitement de la gonorrhée*). (*The Boston med. and surg. Journal*, 1890, n° 6, p. 121.)

1° *Urèthre antérieur.*

L'auteur admet, avec Nœggerath, que l'importance de l'extinction absolue de la gonorrhée ne saurait être trop proclamée. Il passe en revue les divers moyens de traitement employés d'ordinaire : tous échouent dans certains cas. Il peut arriver, il est vrai, qu'un léger écoulement chronique disparaisse spontanément, ou grâce à un simple cathétérisme, ou bien encore à une injection quelconque; mais c'est là l'exception.

L'irrigation de l'urèthre avec un litre ou plus de solution chaude (sublimé de 1 à 2 p. 1000, permanganate de potassium à 1 ou 2 p. 100, créoline à 1 p. 500), au moyen d'une canule mousse adaptée au méat, ou mieux d'un cathéter introduit jusqu'au bulbe, est un bon moyen. Encore la créoline est-elle irritante et ne pourrait être employée de cette façon s'il y avait inflammation active. Ces irrigations peuvent être répétées deux ou trois fois par semaine, avec une injection dans les intervalles; ou bien encore le malade peut pratiquer lui-même chaque jour son irrigation.

Mais Gardner est convaincu que la méthode de traitement la plus rationnelle de beaucoup est celle des *applications locales* sur la muqueuse, grâce à l'endoscope. L'avantage de l'inspection directe de la surface malade, de façon à pouvoir suivre les effets du topique, est absolument certaine. L'auteur a déjà relaté quelques cas de ce genre devant la « Suffolk district Society » (octobre 1887) et il a montré quelques-uns des endoscopes employés par Hermann G. Klotz, de New-York, et décrits par lui dans le *New-York medical Journal* (27 novembre 1886). Ces endoscopes sont des tubes rectilignes, de longueurs et de diamètres différents; ils sont en argent, minces et légers, non attaqués par les topiques. A l'aide d'un foyer lumineux puissant, réfléchi par un miroir frontal, on peut éclairer suffisamment l'urèthre pour permettre une étude facile de son état : il faut pour cela, après avoir dépassé le bulbe et enlevé le mandrin, retirer l'instrument avec lenteur. Les applications topiques sont faites au moyen d'un tampon de coton porté par un stylet.

Une congestion plus ou moins profonde avec gonflement œdémateux de la membrane, çà et là quelques capillaires dilatés, une apparence granuleuse en certains points, telles sont les altérations les plus communes. Elles peuvent être étendues à toute la surface de l'urèthre antérieur, mais sont généralement plus circonscrites surtout à la portion bulbaire, et spécialement, d'après l'auteur, au niveau de l'angle pénoscrotal.

Ce dernier point, ou la région qui le précède immédiatement, est fréquemment le siège d'un rétrécissement peu serré, qu'on reconnaît à une certaine rigidité de la muqueuse, associée souvent à l'inflammation des glandes de l'urèthre. Quand cette condition existe, l'inflammation persiste souvent en ces points alors qu'elle a disparu à la région bulbaire et aux autres, et quand la congestion générale s'est dissipée, les orifices glandu-

laires apparaissent comme de petits points, entourés chacun d'une aréole rouge sombre. Dans les cas de rétrécissement, la guérison sera sûrement retardée, que la stricture soit serrée ou non. Dans un cas, une sonde française n° 38 passait facilement et cependant le rétrécissement était nettement démontré par la *bougie à boule*.

Les autres lésions constatables par l'endoscope consistent en variations dans la couleur et le poli de la muqueuse, en épaississements rayonnés de l'épithélium, érosions, ulcérations, polypes, excroissances papillomateuses, etc. Cette dernière lésion, qui constitue *l'uréthrite papillomateuse* d'Oberlander, de Dresde, a également été observée par Gardner.

Au cours de l'exploration endoscopique, les légers réflexes, minutieusement décrits par Grünfeld, et qui tantôt favorisent et tantôt gênent l'examen, doivent être soigneusement notés, de même aussi que l'effet produit par la pression de l'extrémité du tube ou du tampon de coton sur la coloration de la muqueuse.

Pour ce traitement, Gardner a employé le nitrate d'argent de façon presque exclusive. Il commence d'ordinaire par la solution à 1 p. 100 et augmente ce titre, si toutefois il y a tolérance, jusqu'à 10 p. 100. Plus la tolérance est facile, plus la guérison est rapide; d'ordinaire les applications sont limitées aux surfaces malades, ce qui évite aux autres une irritation inutile, et permet d'employer en toute sécurité de fortes solutions. Un écoulement léger pendant vingt-quatre ou trente-six heures, avec douleur modérée à la miction, telle est la seule réaction observée. Il serait évidemment impossible d'employer des *injections* de titre égal, sans provoquer une inflammation aiguë. Les applications pourraient être faites tous les quatre ou sept jours et si l'on juge convenable d'employer des injections dans l'intervalle, on peut recourir aux astringents ordinaires ou à la solution de sublimé corrosif au 10 millième ou au 20 millième; le cathétérisme peut aussi être employé avec avantage. Il faut aussi débrider les méats étroits, dilater ou uréthrotomiser les rétrécissements et traiter les autres complications par des moyens appropriés.

Les cas de stricture compliqués de lésions des glandes sont longs à guérir, mais on en vient généralement à bout. Les solutions argentiques semblent pénétrer peu à peu dans les parties glandulaires et peuvent aider ainsi à la résorption du tissu de la stricture : du moins Gardner croit pouvoir affirmer avoir observé ce processus dans un cas.

Klotz emploie le sulfate de cuivre quand les glandes sont atteintes. Ces rétrécissements sont si élastiques que l'on obtient bien peu de chose par la dilatation; et d'autre part les malades refusent souvent l'uréthrotomie. Oberlander recourt alors à la dilatation forcée à l'aide de son dilatateur spécial. La dilatation est augmentée un peu à chaque séance, jusqu'à ce que la stricture soit rompue, et les glandes malades ouvertes (split open); les applications de nitrate d'argent (2 à 5 p. 100) sont suffisantes pour compléter la cure.

Les autres lésions doivent être traitées selon les indications : les ulcérations seront traitées par des applications énergiques ou la cautérisation, les polypes et les papillomes doivent être enlevés à la curette.

Mais dans la plupart des cas on a affaire à une inflammation simple de

l'urèthre, et l'on a la satisfaction de voir la muqueuse se décongestionner progressivement et devenir normale. La durée du traitement est variable; dans la plupart des cas simples, une douzaine de séances, espacées dans le cours de deux mois environ, doivent suffire.

2° *L'urèthre postérieur.*

En faisant pénétrer l'endoscope au delà du bulbe dans l'urèthre profond, on doit se garder de léser la muqueuse enflammée qui est d'ordinaire fortement pressée contre l'extrémité de l'instrument par une puissante contraction musculaire. Grünfeld recommande un tube en gomme élastique durcie. Il l'introduit sans conducteur et peut garder ainsi l'extrémité viscérale de l'instrument, sous le contrôle de l'œil et constamment dans l'axe de l'urèthre.

Les lésions sont du reste moins faciles à distinguer que dans l'urèthre antérieur; Grünfeld décrit de l'hyperémie, du gonflement catarrhal, de l'hypertrophie de la tête du verumontanum. Les applications topiques sont les mêmes que celles de l'urèthre antérieur, mais les solutions doivent être moins concentrées.

Keyes pratique des injections profondes de nitrate d'argent avec une seringue d'Ultzmann modifiée. C'est une longue canule courbe en argent avec un pertuis à son extrémité. Il commence par une solution très faible, un grain pour une once, et augmente progressivement le titre, qui rarement dépasse 2 p. 100. Keyes estime que le principal désagrément de cette méthode est dû au passage de l'instrument dans l'urèthre prostatique et il considère comme très important que l'extrémité de la canule ne dépasse pas la portion membraneuse. Deux ou trois *minims* de la solution déposés en ce point diffusent d'eux-mêmes sur la muqueuse et pénètrent dans la portion prostatique. Keyes préfère injecter avant la miction, parce que l'urine qui baigne la muqueuse décomposerait la solution argentique, mais il permet au malade d'uriner aussitôt après.

Cependant, quand il y a beaucoup de pus, il opère après la miction, mais injecte en ce cas une quantité plus grande (cinq minims) qui ne peut être décomposée.

Keyes a relaté des cas de cystite blennorhagique aiguë et subaiguë, d'inflammation profonde aiguë et chronique de l'urèthre d'épididymite double récidivée, etc., traités avec succès par cette méthode. Il la recommande aussi dans la prostatorrhée, la spermatorrhée, les pollutions nocturnes et l'impuissance d'origine nerveuse.

Gardner n'a eu qu'à se louer de l'emploi de ces injections profondes : il opère généralement après la miction, et emploie 5 ou 6 *minims* d'une solution à 0,50 p. 100 qu'il porte graduellement jusqu'à 2 p. 100. Il introduit un doigt dans le rectum, au niveau du sillon situé entre le bulbe et la prostate; l'extrémité de la seringue peut ainsi être facilement sentie à son entrée dans la portion membraneuse, et sa pénétration trop profonde évitée. Cette méthode lui paraît d'ailleurs convenir surtout à la cystite blennorrhagique et aux autres affections inflammatoires de la portion prostatique.

Gardner se loue aussi beaucoup, dans le traitement des diverses affec-

tions de l'urèthre profond, d'irrigations du col de la vessie avec une solution de permanganate de potasse; c'est une opération inoffensive. Ultzmann conseille de vider complètement la vessie après l'irrigation; il est possible que ce soit utile avec d'autres solutions, mais une petite quantité de permaganate resté dans la vessie ne saurait nuire; l'auteur la croit plutôt utile; elle a le temps d'exercer une influence stimulante sur la muqueuse, sans aller jusqu'à l'irritation, car le permanganate est rapidement décomposé par les matières organiques de l'urine.

Ce traitement est commodément mis en œuvre au moyen de la grande seringue à irrigation et du cathéter d'Ultzmann. La seringue contient environ 5 onces de liquide. Le cathéter est un instrument métallique court, capable d'atteindre seulement l'extrémité postérieure de la portion membraneuse. On peut employer aussi un siphon (a fountain syringe or siphon) muni d'un cathéter en gomme élastique molle. Après avoir chassé l'air, on introduit le cathéter rempli de liquide un peu au delà du sphincter externe, et l'on injecte lentement 5 à 6 onces de la solution, ou bien autant que la vessie peut en contenir sans distension, puis on laisse écouler le liquide. On répète cette manœuvre jusqu'à ce que la solution s'écoule avec une teinte rouge aussi limpide qu'à l'introduction. On injecte alors 2 ou 3 onces qu'on laisse à demeure et l'on enlève l'instrument. On fait marcher le malade en lui recommandant de retenir ses urines aussi longtemps qu'il le peut sans trop de gêne. Gardner commence d'ordinaire avec une solution à 1/4000 ou 1/5000 et augmente graduellement le titre. Les solutions d'un titre supérieur à 1/2000 ne sont généralement pas bien supportées. Les plus usuelles sont celles de 1/3000 à 1/2000.

L'auteur a employé ce traitement avec succès dans deux ou trois cas de prostatorrhée, et l'a essayé ensuite dans plusieurs cas de cystite et un cas de spermatorrhée. — Il lui a souvent réussi, et peu d'injections sont nécessaires pour amener l'effet désiré.

Gonorrhée chez les femmes.

Il existe de nombreuses divergences entre les auteurs eu égard à la localisation de la maladie. — Quelques-uns croient que l'uréthrite est constante, d'autres que c'est une complication rare, — même désaccord pour la bartholinite. Les uns pensent que la maladie dépasse rarement le col; d'autres, comme Sinclair, que l'utérus et ses annexes sont fréquemment envahis.

Quant au vagin, il est regardé communément comme un siège favori de la gonorrhée. Et pourtant Sigmund, Steinschneider, déclarent que les gonocoques n'habitent pas volontiers la vulve ou le vagin. Sinclair se demande même s'il existe une vaginite blennorrhagique. — Le vagin semble être la dernière portion atteinte de l'appareil génital et la première à s'améliorer sous l'influence d'un traitement approprié.

Les recherches de Bumm semblent démontrer la non-existence de la gonorrhée vaginale. Cet auteur a examiné des coupes de muqueuse vaginale suspecte, sans y trouver de parasites, et il a laissé du pus gonorrhéique 12 heures en contact avec elle sans réussir à provoquer de vaginite.

— La constatation de gonocoques dans le vagin ou à la vulve ne prouvent pas l'infection de ces parties, les microbes pouvant provenir de l'urèthre ou du col.

En ce qui concerne le traitement, Gardner préconise la méthode suivante dont il a retiré, dit-il, de très bons résultats : le vagin est d'abord irrigué à grande eau avec une solution de sublimé corrosif à 1/5000 et la vulve soigneusement lavée avec la même solution. On introduit alors le spéculum, l'écoulement glaireux du col est enlevé, le col lui-même lavé avec soin. On fait alors, à l'aide d'une sonde entourée de coton, une application d'acide carbolique à 95 p. 100 sur le canal utérin jusqu'à l'orifice interne. Le spéculum est alors lentement retiré et les parois vaginales soigneusement essuyées avec une compresse imbibée dans la solution de bichlorure d'hydrargyre. Puis un cathéter de petites dimensions de gomme élastique molle est introduit dans l'urèthre, et le conduit est irrigué au sublimé à 1/5000. On introduit alors dans le conduit un suppositoire d'iodoforme qu'on y laisse jusqu'à ce qu'il se fonde. Enfin, la malade pratique à domicile, deux fois par jour, les douches vaginales au sulfate de zinc et à l'alun (2 grains de chaque pour 1 once).

Le traitement local est répété trois fois par semaine; en peu de temps l'amélioration se produit, l'écoulement uréthral et cervical cesse, les gonocoques disparaissent; mais l'auteur engage à continuer les irrigations pendant assez longtemps après l'amendement des symptômes.

L. Jacquet.

Terrillon. De la salpingite blennorrhagique (*Bulletin médical*, n° 74, 1890).

D'après M. le professeur Fournier, la salpingite blennorrhagique serait à peu près aussi fréquente que l'épididymite chez l'homme, soit environ 2 cas sur 10 malades. A l'hôpital de Lourcine, M. Terrillon, sur près de 50 vaginites blennorrhagiques, a trouvé 6 ou 7 salpingites consécutives. Les tableaux de Goupil et Bernutz donnent une proportion plus forte : sur 99 cas, ces auteurs signalent 28 cas de pelvi-péritonite.

M. Terrillon étudie d'abord dans ce travail les modes d'invasion de la salpingite blennorrhagique : dans une première variété, à la suite d'une vaginite aiguë, apparaissent des signes d'endométrite suivie d'une salpingite vers la troisième ou quatrième semaine; dans la seconde variété, la vaginite est légère, souvent même a passé inaperçue, puis brusquement se déclarent des phénomènes de pelvi-péritonite, premier signe d'une salpingite qui se confirme de plus en plus; dans la troisième variété, il y a absence de vaginite, d'emblée se montrent des signes de blennorrhagie profonde, utérine et tubaire. Cette dernière variété s'observe surtout chez de jeunes mariées qui ont été contaminées par leur mari atteint antérieurement jusqu'à 3 ou 4 ans de blennorrhagie. M. Terrillon, en examinant le sperme d'un certain nombre de malades atteints de blennorrhagie, a trouvé que, chez ces individus, au sperme était mêlé une notable quantité de globules purulents, particulièrement chez ceux qui avaient été atteints d'épididymite; au moment de l'éjaculation il présentait une couleur jaune pu-

riforme très nette. Aussi se demande-t-il si la présence de ce pus dans le sperme n'explique pas les salpingites de cette troisième catégorie. Doué d'une virulence évidemment atténuée, le sperme infecté détermine une blennorrhagie utérine et tubaire, mais il ne semble pas avoir de prise sur la muqueuse vaginale.

Au point de vue de l'anatomie pathologique de la blennorrhagie profonde, M. Terrillon décrit les lésions que l'on rencontre du côté de l'utérus, de la trompe, de l'ovaire et du péritoine. Dans l'utérus on trouve une muqueuse rouge, hypertrophiée avec les caractères histologiques de la métrite. La trompe est le siège d'une inflammation catarrhale qui occupe toute l'étendue de la muqueuse qui est très épaissie; l'hypertrophie muqueuse et musculaire est surtout marquée au niveau de l'origine de la trompe; dans la cavité de celle-ci séjourne un liquide muco-purulent dans lequel on trouve le gonocoque seulement au début. Dans la majorité des cas, les franges du pavillon sont déformées et paraissent en partie disparues; l'orifice péritonéal est presque toujours oblitéré, aussi le muco-pus s'accumule-t-il dans la trompe et si, pour une raison quelconque, il ne trouve pas d'issue vers la cavité utérine, il donne lieu à une pyosalpinx. L'ovaire n'est que légèrement atteint dans la blennorrhagie profonde, mais à chaque poussée inflammatoire du côté du péritoine, il se forme des fausses membranes qui englobent cet organe. Immobilisé et comprimé, celui-ci s'atrophie, l'ovulation ne se fait plus normalement et les follicules de Graaf deviennent le point de départ de petits kystes sanguins.

Une fois établie, la salpingite blennorrhagique n'a pas de symptômes différents de ceux des autres salpingites; cependant, dans cette forme, les métrorrhagies et les ménorrhagies sont plus abondantes que dans les autres variétés. Les complications sont nombreuses : si la salpingite blennorrhagique consiste dans un simple catarrhe de la muqueuse avec formation d'une très faible quantité de pus, la vie n'est pas en danger, mais même dans cette forme bénigne, on doit craindre que brusquement une péritonite ne survienne. Quand la salpingite suppure et que le pus s'enkyste, la collection peut se rompre soit dans l'utérus ou le rectum, soit dans le péritoine, d'où péritonite suraiguë généralisée. Celle-ci peut apparaître au début de la salpingite, alors qu'aucune collection purulente ne s'était encore formée; mais généralement le pus ne détermine qu'une réaction locale limitée se traduisant par des symptômes de pelvi-péritonite à poussées successives. Quelle que soit sa variété ou sa forme, la salpingite rend fatalement la femme stérile, car la blennorrhagie tubaire est double le plus ordinairement. Le traitement est médical ou chirurgical : le premier est purement symptomatique, il produit une amélioration marquée qui ressemble à une guérison, mais souvent il y a des retours offensifs de la maladie; la salpingite n'est pas éteinte, brusquement elle se réveille au milieu de graves accidents de péritonite. Le curettage de l'utérus ne modifie que la muqueuse utérine, la trompe reste aussi malade qu'auparavant et il faut arriver au traitement vraiment chirurgical.

L. Perrin.

SYPHILIS

Chancre sans adénopathie. — ZURIAGA. Le sifilis sin adenitis (*Cronica medica*, Valence, 1890, p. 38).

Observation d'un homme de trente et quelques années, porteur d'érosions situées à la partie supérieure du sillon balano-préputial et sur la face interne du prépuce. Ces érosions, au nombre de six, ne présentent pas de caractères bien définis et semblent produites bien plus par l'acte du coït ou par une action physique quelconque que par toute autre action pathogène. Le malade ne peut préciser le temps qui s'est écoulé entre un coït qu'il pourrait considérer comme suspect et la date d'apparition des lésions qu'il présente. A la base de ces érosions, on trouve une surface indurée, circonscrite, élastique, de consistance cartilagineuse. La couleur des tissus est rouge chair musculaire. Sécrétion séreuse de ces érosions. Dans les aines, on ne trouve aucun ganglion; en aucune partie du corps on ne trouve d'adénopathie. La roséole survient, typique, occupant les parties latérales du thorax et de l'abdomen et l'on ne trouve toujours pas d'adénopathie. Quelque temps après, apparaissent des syphilides palmaires et plantaires, des plaques muqueuses de la langue, de la gorge, des lèvres, de l'anus et les différents ganglions restent indemnes sur quelque partie du corps que ce soit; cela près de trois mois et demi après le premier examen. Disparition des manifestations morbides en quelques semaines sous l'influence du traitement spécifique.

L'auteur considère ce fait comme un exemple de chancre syphilitique sans adénopathie et il le compare à certains faits publiés lors du Congrès de dermatologie de Paris en 1889. A la date du 20 janvier 1890, il ajoute que son malade présentait de l'alopécie et un engorgement des seuls ganglions sous-occipitaux, les ganglions inguinaux étant encore indemnes.

PAUL RAYMOND.

Syphilis. Contagion extra-génitale. — A. COOPER. Note on extragenital syphilitic contagion (*The Lancet*, 25 octobre 1890, p. 860).

L'auteur rapporte une série de six observations de contagion syphilitique extra-génitale, qui ne présentent aucun caractère particulièrement intéressant. Il importe, dit-il, de faire connaître au public ces faits de contagion, pour lui apprendre à mieux se défier et à éviter toutes contiguïtés suspectes. Dans le premier cas, il s'agit d'un chancre du nez développé chez un enfant de dix ans. Dans le second, la lésion initiale parut au mamelon droit chez un enfant de deux ans et demi. Les autres malades furent contaminés à la langue, à l'hypogastre, au menton et à la lèvre inférieure.

LOUIS WICKHAM.

Réinfection syphilitique. — Pospeloff. Sobre la reinfecion con sifilis. (Tirage à part de *La Medicina* in *Revista de Ciencias medicas de Barcelona*, 1890, p. 574.)

En raison de l'importance de cette observation, il est nécessaire d'entrer dans quelques détails. Le malade prit la syphilis au mois d'octobre 1882 : un chancre de la couronne était survenu deux semaines après le coït infectant. Tarnowsky, de Saint-Pétersbourg, le reconnut comme chancre syphilitique, ainsi d'ailleurs que trois autres médecins. Dans les premiers jours de janvier survint en effet une roséole intense accompagnée d'une forte fièvre. La roséole disparut à la suite de frictions mercurielles. Des plaques muqueuses de la gorge et des lèvres furent traitées localement, le malade ne tolérant pas l'iodure de potassium. Au mois de mars 1883, frictions mercurielles qui font disparaître toutes les manifestations syphilitiques. En mai, psoriasis palmaire. Traitement par les eaux sulfureuses et de nouveau par les frictions mercurielles. A la fin d'octobre, Pospeloff l'examine et ne lui trouve d'autre stigmate de syphilis qu'une adénopathie inguinale. En 1884, le malade continue à se traiter et en l'examinant on ne trouve plus aucun signe de syphilis. En 1886, il se marie et a un enfant sain. A la fin de décembre 1889, quatre semaines après un coït impur, il voit survenir à la racine de la verge, empiétant sur le pubis, deux croûtelles qui résistèrent au lavage. Au mois de février 1890, il se présente à Pospeloff, qui demeure convaincu qu'il ne s'agit ni d'un chancre mou, ni d'un pseudo-chancre induré, mais d'un véritable accident primitif syphilitique. Six semaines après, on trouve une roséole abondante sur les parties latérales du tronc, les avant-bras et les poignets; quelques papules sur les avant-bras; une adénopathie inguinale et cubitale, une angine érythémateuse et des plaques sur les amygdales; une induration parcheminée à la place qu'occupaient les croûtelles, tous phénomènes mettant hors de doute la nouvelle infection syphilitique. La roséole, selon la règle, disparut en deux mois. Contrairement à l'opinion de Ricord et de Sigmund, la seconde infection fut beaucoup plus intense que la première. Au mois d'avril, Pospeloff constatait un reste d'induration au niveau des deux ulcérations, une adénopathie généralisée, des papules lenticulaires disséminées sur la face interne des avant-bras et sur le thorax, des papules érosives des lèvres, en un mot tous les signes d'une syphilis à la période secondaire qui confirmaient le diagnostic d'une réinfection et démontraient la réalité de la guérison de la première atteinte. Paul Raymond.

Fièvre syphilitique. — Derch y Marsal. Fiebre intermitente sifilitica (*Revista de medicina y cirugia practicas*, 1890, p. 503).

Le docteur Derch soignait pour une gastrite une femme de 28 ans qui avait contracté la syphilis trois ans auparavant et qui présentait sur les membres supérieurs des syphilides circinées. La malade fut prise un jour d'un accès de fièvre semblable à celle de l'impaludisme, bien que le stade de sueur fît défaut. L'accès reparut vingt-quatre heures après sous la même

forme. Le frisson fut intense et dura trente minutes : la température s'éleva graduellement à 39°, se maintint peu de temps à ce chiffre et redescendit lentement à 36°,7. Cet accès dura huit heures et le stade de sueur manqua de nouveau. Administration d'un gramme de sulfate de quinine et néanmoins à l'heure habituelle survint un nouvel accès qui revêtit les mêmes allures. La dose de quinine fut portée à 1 gr. 50 et cependant l'accès reparut encore à l'heure habituelle, présentant encore les mêmes caractères, et la température atteignant aux environs de 39°. L'expérience continua et toujours avec le même insuccès. Pensant alors qu'il avait affaire à une manifestation syphilitique, l'auteur prescrivit 2 grammes d'iodure de potassium que la malade prit dans la période d'apyrexie. L'accès suivant fut déjà plus court, le frisson moins intense et la température ne monta qu'à 38°,3. La dose d'iodure fut alors portée à 4 grammes. L'accès qui suivit fut comme avorté et le dernier qu'on observa. La médication iodurée fut néanmoins continuée, et la malade ne se ressent plus de rien.

Il importe d'ajouter que cette femme avait présenté anciennement une atteinte d'impaludisme; la syphilis, nous le répétons, datait déjà de trois ans. PAUL RAYMOND.

Fièvre syphilitique. — V. LEBLOND. Fièvre syphilitique et suite de couches (*Bullet. médical*, n° 47, 1890).

L'auteur rapporte un cas de fièvre syphilitique à type continu, survenu chez une nouvelle accouchée. La femme avait, au début de la grossesse, contracté la syphilis pour laquelle elle fut soignée à Lourcine; grâce au traitement, la grossesse suivit son cours et les accidents spécifiques disparurent. Au mois de mai (6e mois), les mouvements du fœtus cessent et la malade abandonne son traitement pendant cinq semaines jusqu'à son accouchement qui survient en juin, à sept mois et demi de grossesse.

L'accouchement s'était fait dans des conditions excellentes : expulsion rapide, spontanée d'un fœtus de 700 grammes; pas d'éraillure du périnée, pas de lésions vulvaires, ni eschare du vagin, ni déchirure du col utérin, Après l'accouchement, santé excellente pendant les sept premiers jours; puis, quand la fièvre apparut, il n'y eut pas de réaction locale utérine ou vaginale; température excessive sans frissons avec pouls modéré et grandes oscillations allant jusqu'à deux degrés et demi (39°83, 7°4, 40°); état général excellent et appétit conservé. Rien dans cette symptomalogie ne rappelait l'infection puerpérale : il s'agissait d'une fièvre syphilitique à type continu bien décrite par M. le professeur Fournier, et survenant dans le cours de la période secondaire. Le succès du traitement spécifique est venu encore montrer la nature de cette fièvre. L. PERRIN.

Syphilis de l'appareil circulatoire. — J.-A. ZAKHARINE (de Moscou). — De la syphilis du cœur (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, n° 34, 1890).

L'auteur a observé dix cas de cardiopathies syphilitiques : le premier était dû à une myocardite, les second, troisième et quatrième à des lésions

syphilitiques des nerfs cardiaques, les autres à une lésion simultanée des muscles et des nerfs du cœur. Jamais il n'a observé de cas de syphilis du cœur avec signes objectifs manifestes de lésions valvulaires et orificielles.

Le diagnostic de ces cardiopathies a pour base les antécédents et l'existence de localisation spécifique dans les organes. Le traitement non syphilitique ne donne point d'amélioration notable, tandis que le mercure en frictions et l'iodure de sodium agissent bien et améliorent l'état des malades. L. Perrin.

Syphilis du système nerveux. — A. Paris. Coexistence de la paralysie générale progressive et de la syphilis cérébrale (*Union médicale*, n° 104, 1890).

Pour l'auteur, médecin de l'asile d'aliénés de Maréville, la syphilis n'est pas une cause principale de paralysie générale; il reste même à démontrer qu'elle est une cause prédisposante adjuvante, les deux affections pouvant, comme tant d'autres, exister simultanément chez le même individu et être traitées de façon que l'une s'amende, tandis que l'autre progresse.

Il fait remarquer que, si, dans les asiles de la Seine, il y a beaucoup de syphilitiques parmi les aliénés, dans les asiles de province les syphilitiques sont relativement rares. Il a rarement rencontré la syphilis dans les antécédents des paralytiques généraux; à Maréville, la syphilis a été constatée dans le service des hommes 42 fois sur 315 cas de paralysie générale; dans le service des femmes, 1 ou 2 cas douteux sur 20.

Aussi, pour M. Alex. Paris, ce n'est pas la syphilis qu'il faut plus spécialement incriminer comme élément de causalité. A son avis, la plus puissante cause, la plus fréquente de paralysie générale, c'est le surmenage, la fatigue du système nerveux supérieur. Il ne trouve pas plus une cause directe de cette affection dans l'alcoolisme ou dans l'ivrognerie que dans la syphilis; il pense, au contraire, que l'ivrogne, que l'alcoolique et le syphilitique sont plus spécialement exposés à la paralysie générale, parce qu'ils sont par leurs excès entraînés à des veilles, à des fatigues qui, pour les uns et pour les autres, ont fréquemment une résultante commune, le surmenage. Cette cause agit d'autant plus rapidement que le sujet est mieux préparé par hérédité et par un état pathologique ancien du système nerveux, tel celui créé, par exemple, par la syphilis, qui n'est alors qu'une cause prédisposante adjuvante. L. Perrin.

Syphilis du système nerveux. — De Grandmaison. Pachyméningite hypertrophique fibreuse d'origine syphilitique (*Bullet. de la Soc. anat.*, juin-juillet 1890).

Il s'agit dans cette observation d'un homme de 42 ans qui avait eu, à l'âge de 36 ans, un chancre syphilitique suivi d'aucun accident secondaire bien net. Ce malade, entré à l'hôpital le 15 mars, mourait le 20, après avoir présenté des symptômes d'épilepsie jacksonnienne limitée d'abord au côté gauche, mais, dans les deux derniers jours, les convulsions étaient généralisées.

L'autopsie montra que les tumeurs exclusivement méningées siégeaient dans la région rolandique de l'hémisphère droit; l'une, de la grosseur d'une noix, comprimait la partie supérieure des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, l'autre plus petite au niveau du pied de la seconde circonvolution frontale. Très adhérentes aux os du crâne qui présentaient de l'ostéite, elles n'adhéraient pas intimement à la substance cérébrale; en avant d'elles, les méninges et le lobe frontal étaient impossibles à séparer; par une coupe perpendiculaire aux circonvolutions, on pouvait voir entre les deux parties des gommes sectionnées. Cette méningo-encéphalite beaucoup plus ancienne que les deux gommes de la région rolandique ne s'était manifestée par aucun trouble, et c'était seulement six mois avant sa mort que le malade avait commencé à avoir des troubles moteurs en rapport avec la compression de ses centres moteurs. L'étude histologique de ces tumeurs a montré qu'elles étaient constituées par du tissu conjonctif adulte. L. PERRIN.

Paraplégie syphilitique. — SOLER BUSCALLA. Paraplegia sifilitica (*Revista de Ciencias medicas de Barcelona*, 1890, p. 641).

Syphilis ancienne et non traitée. Le malade ne peut plus se tenir debout. La sensibilité est très diminuée aux membres inférieurs. A la région lombaire, douleurs vagues, mais peu intenses. Les sphincters fonctionnent encore, mais irrégulièrement. Aucun trouble de santé générale. Traitement par l'iodure de potassium, 6 grammes par jour. Peu à peu l'état du malade s'améliore et au bout de deux mois il marchait seul avec l'aide d'une canne. La sensibilité reparaissait, les sphincters fonctionnaient en même temps d'une façon normale et les douleurs de la colonne vertébrale disparaissaient. Il restait un peu de faiblesse, qui ne tarda pas à disparaître lorsqu'on associa le mercure à l'iodure de potassium.

PAUL RAYMOND.

Syphilis des voies aériennes. — SCHROTTER. Ueber das Vorkommen der Syphilis in den oberen Luftwegen (*Wiener klin. Wochenschrift*, 1890, nos 37 et 38, p. 711. — Communication faite au dixième Congrès international de Berlin).

Il est difficile d'apprécier la fréquence des accidents secondaires de ces régions, pour différentes raisons, mais principalement à cause des formes précoces. Les symptômes qu'elles occasionnent peuvent être tellement légers qu'ils passent inaperçus des malades. Tous les auteurs savent à quel point il est difficile, par exemple, de décider si une simple rougeur du pharynx est normale ou s'il s'agit de modifications pathologiques.

Sur 1465 malades observés en 11 ans (de 1879 à 1889 inclusivement), Schrötter a noté les localisations suivantes :

Affections du nez seul	17
— du pharynx	81
— du larynx	96
— de la trachée	3

Affections communes	du nez et du pharynx.	7
— —	du nez et du larynx.	1
— —	du pharynx et du larynx	44
— —	du nez, du pharynx et du larynx. . . .	1
— —	du pharynx, du larynx et de la trachée.	1

Le nombre total de tous les syphilitiques serait donc de 16,8 p. 100 des voies aériennes.

Pour le nez seul.	1,1 p. 100
Compliqué d'autres localisations	1,7 p. 100
Pharynx seul	5.4 p. 100
— avec d'autres localisations.	8,6 p. 100
Larynx seul	6,4 p. 100
Trachée.	0,2 p. 100

Si le nombre des malades atteints de lésions laryngées est plus élevé que celui de ceux affectés d'accidents pharyngés, cela tient à ce que dans la clinique laryngologique on admet principalement les cas graves de maladies du larynx et pas du tout les formes pharyngées légères.

D'autre part son assistant le docteur Koritschoner qui a examiné dans son ensemble la division des syphilitiques du professeur Lang a constaté que sur 300 syphilitiques étudiés très soigneusement, y compris les cas douteux que Schrötter a observés personnellement, il y avait 36,6 p. 100 de maladies des voies aériennes, en y comprenant la cavité bucco-pharyngienne. Un seul individu avait des lésions purement nasales, les accidents pharyngés étaient dans la proportion de 21 p. 100, laryngés seuls, 4,6 p. 100, pharyngés et laryngés combinés, 7,6 p. 100. Ces chiffres sont à peu près les mêmes que ceux indiqués par Schrötter dans son ouvrage. Les occupations des malades ne paraissent exercer aucune influence sur l'apparition des accidents secondaires des voies aériennes. C'est principalement entre 14 et 28 ans que ces accidents se manifestent avec la plus grande fréquence. Quant à la période d'incubation, elle a été au moins de 21 jours, au plus de 8 mois. Cette dernière donnée est naturellement accidentelle, puisqu'on sait que ce laps de temps peut dépasser aussi vingt ans; le plus ordinairement l'incubation a été de sept semaines. Les lésions secondaires se manifestaient d'ordinaire en même temps que les syphilides papuleuses de la peau.

L'auteur examine ensuite successivement les accidents syphilitiques des différentes régions des voies aériennes.

Les lésions primaires s'observent principalement sur les amygdales où elles sont déterminées par des rapports contre nature ou par l'emploi d'ustensiles malpropres.

Schrötter a eu l'occasion d'observer deux cas de ce genre. Le diagnostic est facile : il est impossible de méconnaître la nature des symptômes locaux, outre la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires qui ne manque jamais.

L'auteur insiste spécialement sur ce que, dans ces cas, il y a toujours de la gène de la déglutition, en opposition à l'indolence des autres affections syphilitiques. Dans le pharynx, l'emploi d'instruments sales produit une infection primaire des parties profondes de cet organe. On paraît

douter toujours de la réalité de ces faits. L'auteur a vu un cas de ce genre chez une institutrice de 28 ans, chez laquelle l'infection siégeait sur la paroi postérieure du voile du palais et avait été provoquée par le catéthérisme.

Au point de vue de la statistique, le professeur Lang (sur 3 000 cas) a noté comme syphilides papuleuses :

Pharynx seul, 17 p. 100, compliquées, 3 p. 100.

A la clinique de Schrötter :

Pharynx seul, 0,4 p. 100, compliquées, 3 p. 100.

Les ulcères syphilitiques (Lang, 0,6 p. 100; clinique de Schrötter 6,1 p. 100, compliquées, 2,4 p. 100) proviennent soit de papules excoriées et en désagrégation, mais principalement en chaque point d'une infiltration diffuse et circonscrite avec perte de substance consécutive. Leur apparition peut quelquefois tromper et surprendre d'une façon étonnante : il est donc important de faire observer qu'elles surviennent accompagnées de douleurs vives, douleurs qui indiquent la gravité de la maladie. Le malade accuse une grande gène de la déglutition et on ne voit, par exemple, sur la paroi postérieure du pharynx qu'une rougeur prononcée et on est ensuite très surpris de constater, au bout de peu de temps, une ulcération étendue provenant d'une désagrégation rapide. Ces ulcérations n'ont pas autant de tendance à gagner les tissus profonds; il est rare qu'elles pénètrent jusqu'aux os, quoique cela arrive quelquefois. Cet accident s'observe surtout dans la syphilis héréditaire. Mais la désagrégation de gommes ayant son point de départ dans le périoste du palais amène souvent des perforations et par suite une communication entre les cavités buccale et nasale.

Comme diagnostic différentiel, il faut faire remarquer qu'il est possible actuellement, outre les symptômes cliniques, de préciser très nettement par la constatation des bacilles tuberculeux un des points les plus contestés.

Le rhinosclérome ne détermine jamais d'ulcération dans les cavités buccale et pharyngienne. Il faut surtout tenir compte de ce fait par rapport au développement ultérieur de la maladie.

Quant aux cicatrices (Lang 2,6 p. 100; clinique de Schrötter 0,3 p. 100; compliquées 0,3 p. 100; réunies 0,6 p. 100), elles présentent les plus grandes variétés, les unes sont à peine visibles et très superficielles et les autres envahissent la totalité du voile du palais, de la paroi postérieure du pharynx; ce sont des cicatrices en partie enchevêtrées les unes dans les autres, blanchâtres, brillantes, rayonnées, en d'autres points formant des cordons durs et isolés.

Les ulcérations indiquées ci-dessus pénètrent rarement à une grande profondeur; ceci est encore plus exceptionnel pour les cicatrices, bien que celles-ci aient toujours une grande tendance à se rétracter, avec sténose très considérable dans la partie inférieure du pharynx, tandis qu'on observe assez souvent, par suite de la rétraction des cicatrices, l'oblitération complète des fistules entre le pharynx et le nez.

Dans un cas, la sténose était si considérable qu'il y avait non seulement une gêne très grande de la déglutition, que la nutrition du malade était

affaiblie, mais encore qu'il existait une oppression très marquée. Outre l'adhérence du voile du palais avec la muqueuse et les couches profondes de la paroi postérieure du pharynx, ainsi que des cicatrices siégeant sur cette dernière, on voyait au laryngoscope des bourrelets irréguliers correspondant aux parties latérales et postérieures de la paroi pharyngienne et une ouverture très étroite entourée de deux traînées tendineuses d'une blancheur éclatante, qu'à un premier examen on aurait pu prendre pour les vraies cordes vocales.

Fränkel a décrit un cas semblable. Abstraction faite des remèdes que l'on emploie contre la syphilis elle-même et contre les ulcères, il est douteux qu'on puisse empêcher pendant la guérison ces adhérences étendues à l'aide d'un traitement mécanique quelconque; peut-être serait-il possible d'y arriver par l'introduction de morceaux de caoutchouc.

Comme traitement, il est facile de détruire le tissu de cicatrice avec la potasse caustique ou par le galvano-caustique, mais les résultats ne sont pas satisfaisants, car au bout de peu de temps de nouvelles cicatrices se forment et il peut aussi survenir ultérieurement des ulcères difficiles à guérir.

Le meilleur mode de traitement consiste dans la dilatation méthodique surtout avec des sondes de caoutchouc durci.

Relativement à la fréquence des accidents secondaires dans le larynx, on sait qu'il est difficile de démontrer l'existence d'un érythème ou d'une lésion catarrhale de nature syphilitique. Les macules syphilitiques du larynx seraient extrêmement rares; l'auteur n'a jamais eu l'occasion d'en observer. Pollak dit avoir rencontré, dans le service du professeur Janowsky, à Prague, onze cas de taches multiples, de la dimension d'une lentille, nettement limitées, d'une teinte rouge clair à brun-rouge qui disparurent en très peu de temps sous l'influence de la médication spécifique sans traitement local.

Les condylomes acuminés du larynx sont admis par la plupart des auteurs; on sait en effet aujourd'hui, depuis le mémoire de Fränkel, qu'il existe dans le larynx un beaucoup plus grand nombre de papilles qu'on ne le croyait autrefois et que le siège de ces papilles concorde réellement avec ces points et avec le développement de l'épithélium pavimenteux, ce qui explique la fréquence de ces accidents. Ils surviennent non seulement dans la période précoce, mais encore dans les phases tardives de la syphilis. L'auteur ignore si ces condylomes peuvent s'ulcérer.

Quant aux papules syphilitiques (sur les 300 cas de Koritschoner, 2,6 p. 100, clinique de Schrötter 0,1 p. 100), les opinions des auteurs sont assez différentes, toutefois l'existence de ces papules ne saurait être mise en doute. Cette grande divergence tiendrait à ce que les auteurs les ont vues à des périodes différentes de développement et ensuite à ce qu'il est facile de les confondre avec d'autres lésions.

Il importe aussi, si l'on veut éviter toute confusion, de maintenir strictement pour le larynx ce qu'on désigne sous le même nom pour les autres muqueuses et de tenir compte des diverses phases du processus pathologique : tantôt épaississement de l'épithélium, tantôt chute de l'épithélium allant même jusqu'à la formation d'ulcérations profondes.

Tous les auteurs admettent l'existence d'une affection syphilitique grave soit sous forme d'une infiltration plus ou moins uniforme du larynx, soit occupant des portions plus ou moins grandes de l'une ou de toutes les parties de cet organe, ainsi que sous forme d'infiltration circonscrite, nodosités ou gommes (Lang 0,3 p. 100, Schrötter 0,15 p. 100).

Le diagnostic de cette lésion est facile.

L'infiltration tuberculeuse complète du larynx et de la muqueuse trachéale, comme l'auteur en a vu dernièrement un cas, est excessivement rare. Il est fort exceptionnel aussi d'observer une carcinomatose aussi uniformément étendue. Il en a vu un seul cas.

Les ulcérations syphilitiques du larynx (Lang 1,3 p. 100, Schrötter 1,3 p. 100) peuvent survenir : 1° sous forme d'érosions superficielles par suite de la chute de l'épiderme épaissi consécutivement à des affections catarrhales; 2° à la suite de papules; 3° après la désagrégation des infiltrats et des gommes, et 4° à la suite de périchondrite et de l'ouverture d'abcès consécutifs.

Ces ulcérations s'observent surtout sur les cordes vocales, puis sur l'épiglotte, sur les cartilages aryténoïdes et enfin sur la surface antérieure de la paroi postérieure du larynx.

La périchondrite est une des maladies les plus graves du larynx (Schrötter, 20 p. 100). Son siège le plus fréquent est le cartilage aryténoïde, puis l'épiglotte, le cartilage cricoïde, principalement à sa partie postérieure et enfin le cartilage thyroïde. Selon Lewin la périchondrite syphilitique ne serait pas douloureuse; Schrötter n'est pas de cet avis. Il a observé en effet des cas assez nombreux avec gène de la déglutition et même des douleurs à l'état de repos. Cette affection ne s'accompagne pas toujours de suppuration, mais d'exsudats durs qui peuvent amener des épaississements persistants ou qui se résorbent plus tard. Il se produit toujours dans ces cas une ankylose de l'articulation crico-aryténoïde, quoique le fait soit aussi difficile à prouver qu'autrefois.

A la suite des lésions dont il vient d'être question il survient les cicatrices les plus variées (clinique de Schrötter, 23 p. 100).

Parmi les cicatrices, celles qui exercent une influence sur la phonation ou sur la respiration, sont les seules qui aient une gravité particulière. L'auteur signale deux formes seulement : la simple adhérence, plus ou moins complète des cordes vocales entre elles, ou bien la formation d'une membrane qui détermine le rétrécissement du larynx. Dans la première, cicatrice membraneuse, il faut distinguer deux cas : s'il s'agit d'une épaisseur égale d'avant en arrière, on pratiquera la dilatation progressive; dans la seconde, la membrane cicatricielle est plus épaisse en avant, au point de prendre la forme d'un véritable coin au niveau de l'angle antérieur du cartilage thyroïde (cette dernière forme est la plus fréquente). Dans ce cas, il est préférable d'inciser avec précaution d'arrière en avant et d'introduire ensuite une sonde de caoutchouc durci.

Les accidents de la trachée (Schrötter, ulcères 0, 1 p. 100; cicatrices 0, 05 p. 100) consistent principalement en infiltrations et en gommes. Par l'examen laryngologique on peut constater que des gommes rétrécissant au maximum le calibre de la trachée peuvent disparaître peu à peu sous

l'influence d'un traitement approprié. Souvent ces lésions s'ulcèrent et il en résulte la destruction de la muqueuse, des tissu sous-muqueux, des cartilages de la trachée et même des perforations, mais le plus souvent des cicatrices rayonnées qui occasionnent un rétrécissement plus ou moins considérable de la trachée.

La sténose des bronches due à des cicatrices syphilitiques est très rare. Schrötter n'a observé que deux cas de bronchosténose occasionnée par la syphilis.

Les voies aériennes peuvent encore être influencées d'une façon indirecte par la syphilis, principalement par des troubles de la motilité qui surviennent sous l'action de la syphilis en différents points du système nerveux. Il faut encore signaler les cas rares d'inflammation chronique dans le tissu conjonctif péribronchique et péritrachéal qui peut exercer une pression sur les nerfs ainsi que sur la paroi de la trachée. Ces infiltrations peuvent suppurer.

Les affections catarrhales du nez (Lang 0,3 p. 100, Schrötter 0,05 p. 100) peuvent se présenter sous deux formes principales : tantôt avec de la sécheresse, tantôt avec une sécrétion très abondante, le plus souvent d'un liquide clair. La muqueuse elle-même peut être atteinte à un degré variable. Parfois les fosses nasales restent encore perméables, d'autres fois elles sont complètement envahies par une tuméfaction considérable qui la plupart du temps atteint les parties antérieures. Le tissu sous-muqueux est certainement aussi affecté. Le liquide sécrété a une odeur désagréable qui tient non à la nature syphilitique de la maladie, mais seulement au siège des lésions.

Les papules (Lang, 1,0 p. 100) ont leur siège aussi bien sur la partie antérieure que dans les parties profondes des fosses nasales, mais cependant elles sont plus fréquentes en avant.

Des ulcérations plus superficielles (Schrötter, 1,5 p. 100) peuvent aussi être consécutives aux papules, mais le plus souvent elles succèdent à des infiltrations ou à des nodosités gommeuses. Elles se manifestent principalement sur la cloison, surtout dans sa partie cartilagineuse, sur les cornets, et puis sur la partie inférieure et enfin sur la paroi supérieure des fosses narines. Ces ulcérations vont aussi facilement de la muqueuse dans les couches profondes qu'en sens inverse, de l'os, du périoste et du périchondre vers la muqueuse et la peau. Pour la cloison, c'est ce dernier processus qui est le plus fréquent. Il est très essentiel de faire remarquer que ce processus syphilitique dans les fosses nasales peut aussi provoquer des irritations qui n'ont pas de rapport direct avec la syphilis. C'est ainsi qu'on observe, outre des ulcérations sur la cloison, un catarrhe abondant des fosses nasales.

Tout le monde sait quelles sont les destructions considérables produites par les ulcérations spécifiques dans les fosses nasales, ainsi que les accidents consécutifs, névralgies, thromboses des vaisseaux, hémorrhagies, phénomènes graves du côté du système nerveux.

La dépression du nez n'est pas en rapport avec la perte des cartilages et des os. Sur des nez encore bien conformés on ne remarque pas combien est grande la perte de substance à l'intérieur. Le nez prend la forme

d'une selle (1) par la contraction de la partie externe de cet organe consécutivement à la retraction du tissu conjonctif entre la cloison et la partie externe du nez. Le tissu de cicatrice se trouve surtout au niveau des cornets sous forme de cordons larges ou aussi tout à fait fins.

Les ulcérations dans les fosses nasales ne sont pas plus caractéristiques que sur les autres régions du corps et Michelson se contredit lui-même en considérant comme caractéristiques les ulcères qui se produisent sur la cloison sous forme de sillons longitudinaux, tandis que lui-même ne les regarde que comme des ulcères résultant du décubitus sur des muscles tuméfiés.

Le diagnostic différentiel des lésions syphilitiques du nez oscille entre la tuberculose sous ses deux formes : l'ulcère et la tumeur, puis avec le lupus, le rhinosclérome, le sarcome et le carcinome. En dehors de l'étude exacte de tous les symptômes cliniques, l'examen histologique tranchera la question.

Il est inutile d'insister davantage sur le pronostic de ces différentes maladies, par rapport à leurs symptômes principaux.

On sait quels succès remarquables on peut obtenir, même dans les cas les plus graves, avec une thérapie judicieuse appliquée en temps opportun.

Il est admis aujourd'hui par tous les médecins qu'il faut prescrire non seulement un traitement général, mais en outre des applications locales : des lavages simples ou bien des lavages ayant une action antiseptique. Les adhérences entre la cloison et les cornets doivent être traitées par la dilatation. A. Doyon.

Syphilis. Traitement abortif. — Derville. Abortion de la syphilis (*Journal des sciences médicales de Lille*, 24 et 31 octobre 1890, p. 385 et 409).

Derville se déclare partisan de l'excision du chancre, cette opération pouvant empêcher parfois l'évolution de la syphilis et ayant en tous cas l'avantage de supprimer rapidement une affection locale qui nécessite des soins et est par conséquent ennuyeuse pendant cinq ou six semaines.

Il rapporte l'observation d'un homme de 31 ans, chez lequel il pratiqua l'ablation d'une lésion exulcéreuse de la face interne du prépuce, à fond grisâtre et à base indurée, dont le début remontait à *huit* jours ; il n'y avait pas trace d'induration ganglionnaire. Le malade revu pendant 15 mois tous les 8 jours d'abord, puis tous les 15 jours, ne présenta aucune trace de syphilis. L'examen histologique des tissus enlevés, fait par Augier, montra l'existence d'une masse formée de cellules embryonnaires occupant le tissu cellulaire et le chorion de la muqueuse ; des capillaires nombreux parcouraient la préparation et étaient entourés de bordures épaisses de cellules embryonnaires.

Cette observation doit prendre rang dans la liste des opérations d'excision du chancre : elle offre cependant un point qui rend le diagnostic très sujet à discussion, c'est l'absence d'adénopathie inguinale huit jours après

(1) Nez en lorgnette, de Fournier.

le début de l'exulcération. Si l'on admet qu'il se soit agi réellement d'un chancre, il faut avouer que cette longue intégrité des ganglions est bien extraordinaire. Il serait bon, croyons-nous, de noter spécialement l'état du système lymphatique dans les cas, assez rares d'ailleurs, mais dont on connaît quelques exemples, de lésions considérées comme des chancres indurés dans lesquels les symptômes de la syphilis secondaires font défaut.

GEORGES THIBIERGE.

Syphilis. Traitement. — ALF. VOGELER. Zur Behandlung der Syphilis mit subcutanen Calomel injectionen (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1890, n° 41, p. 940).

Relativement au traitement actuel de la syphilis par les injections sous-cutanées, parmi les nombreuses préparations mercurielles que l'on a essayées, à cause des douleurs et des infiltrations que produisent à la longue les injections de calomel, on doit s'en tenir au sublimé, aux oxydes de mercure et à l'huile grise. Mais toutes ces préparations sont moins actives que le calomel et s'opposent moins aux récidives.

Dans la clinique chirurgicale du docteur Leser, *privat-docent* à Halle, on n'a employé que le calomel pour pouvoir apprécier aussi exactement que possible la valeur de cette méthode. En tout cas, il n'est pas douteux que les injections, et spécialement celles avec le calomel, ont perdu beaucoup de terrain, en raison des cas d'intoxication grave publiés dans les dernières années, et qu'on est revenu à la cure par les frictions en se privant, très à regret, des avantages multiples du traitement par les injections.

Il ressort du travail de Landsberg que les injections de calomel maintiennent le corps plus longtemps sous l'influence du mercure. Selon Leloir, les injections ne sont efficaces que contre les érythèmes syphilitiques et ne modifient presque pas la syphilis des muqueuses; cette opinion est en contradiction complète avec les observations de l'auteur.

Leser a guéri 12 cas de syphilis des muqueuses nettement caractérisés et des formes les plus variées avec 57 injections, ce qui, pour chaque cas, représente 4,7 injections. Dans quelques cas, on pouvait même, après plusieurs années, constater une guérison complète.

Quant aux récidives après les injections de calomel, comparativement à celles après la cure par les frictions, il n'est pas encore possible de porter un jugement définitif, parce qu'on manque d'une statistique étendue.

Les injections ne donnent pas lieu à la formation d'abcès. Dans les cas où il se produit un abcès, cela tient à une mauvaise technique ou à l'état tout à fait défectueux du malade.

Leser, sur 64 malades, de tout âge et de sexe différent, atteints des formes les plus diverses de syphilis, et traités avec 291 injections, n'a jamais observé un seul abcès.

Il en est tout autrement avec les infiltrations. Elles constituent toujours les suites désagréables des injections de calomel. Les injections intra-musculaires — aussi profondes que possible dans les muscles fessiers — sont celles qui paraissent encore le mieux en préserver.

Il est naturel pourtant que les infiltrations douloureuses ne disparaissent pas, puisque parfois le calomel se trouve comme un corps étranger entre les fibres musculaires qui se contractent pendant les mouvements.

F. Le 3 septembre, injection de 0,1 de calomel en suspension dans de l'huile (les deux premières sans rien de particulier, stomatite modérée-diarrhée).

Forte infiltration douloureuse des muscles de la peau, laquelle persiste pendant dix semaines, sans modification, sous forme d'une tumeur du volume du poing d'un enfant. Aspiration avec la seringue onze semaines après l'injection. Il s'écoule environ une demi-seringue d'un liquide complètement sanguinolent, rouge brun, consistant en sang, mercure et huile. La piqûre est recouverte de collodion iodoformé. En raison d'une fistule commençante, on fait, quinze jours après, une large incision. On trouve une petite cavité de la dimension d'une pomme, tapissée à l'intérieur de granulations dans le muscle fessier, avec la valeur d'un dé à coudre rempli du liquide ci-dessus. Raclage et tamponnement, guérison rapide.

En présence de ce résultat, qui a été probablement occasionné par les mouvements du muscle injecté, l'auteur a cherché un point qui n'offrît pas cet inconvénient et où cependant la résorption pût se faire. Il a donné la préférence à la région située entre le rectum et la tubérosité ischiatique, c'est-à-dire la cavité ischio-rectale. Depuis qu'il pratique constamment les injections dans cette région en évitant les muscles, il observe une résorption presque sans douleur et sans tuméfaction, et l'infiltration ne persiste que peu de temps, même si le malade ne garde pas le repos.

L'auteur ajoute que, depuis qu'il emploie ce procédé, il n'observe que des infiltrations en tout cas de peu de durée, même si le malade marche immédiatement après; ce n'est que dans la position assise ou horizontale que quelques malades éprouvent une douleur insignifiante, passagère, au point de l'injection. Toutefois, avec les injections dans la cavité ischio-rectale, une antisepsie rigoureuse est doublement nécessaire pour éviter les suppurations si dangereuses dans ce tissu lâche.

En ce qui concerne les intoxications graves qu'on a signalées, Vogeler fait observer qu'elles sont rares, si on les compare au nombre colossal des injections mercurielles qui sont faites journellement. On connaît environ dix cas de mort après des injections de mercure. Leser a observé deux fois des intoxications mercurielles graves, c'est-à-dire dangereuses, même pour la vie.

Pour éviter l'intoxication par injection directe dans une petite veine (Leser en a rapporté trois cas), il faut avoir soin, comme l'a conseillé Mandry, d'attendre un instant après avoir enfoncé la canule et ne faire l'injection que si l'on ne voit pas poindre une goutte de sang à l'ouverture de l'aiguille. Mais ce sont surtout à des doses trop élevées ou à des injections de petites quantités, faites à des intervalles trop rapprochés, qu'il faut rapporter les intoxications. Une trop rapide résorption dépend de la région où a été pratiquée l'injection, de la nature de la préparation et de l'idiosyncrasie du malade.

Malgré cela, il faut faire ici abstraction complète d'une intoxication

grave, soit à la suite d'une disposition individuelle, soit pour des motifs qu'il est difficile de préciser, comme avec l'emploi d'autres préparations mercurielles. Mais le remède souverain dans les cas de ce genre est l'ouverture du foyer mercuriel et l'enlèvement du poison par le raclage avec la curette, ainsi que l'a indiqué Runeberg. La plaie guérit par seconde intention avec le tamponnement. Leser a fait deux fois cette opération.

Cas Ier. — B..., 54 ans, bien constitué, mais très affaibli et déprimé moralement. Phimosis. Sclérose initiale, ulcère presque de la grosseur d'une cerise avec perforation de l'urèthre. Exanthème analogue à un rupia. Pléiade ganglionnaire de chaque côté. Infection remontant à environ douze jours. Opération du phimosis avec raclage et cautérisation de la fistule.

Immédiatement après une injection de calomel (0,1) dans le muscle fessier, repos au lit, évolution sans réaction notable, le troisième jour stomatite légère. Au bout de 10 jours, deuxième injection (0,1), de l'autre côté. Pas de complications, tout au plus douleurs plus vives. En raison de la région qui est incommode, on fait une troisième injection (0,1) dans le muscle deltoïde. 16 heures après l'injection, très vives douleurs au niveau du point injecté, salivation abondante, coliques, suivies bientôt de ténesme et de diarrhée abondante. Au début, selles fétides, jaune brunâtre, après 28 heures, muco-sanguinolentes. Urine, 200 grammes chaque jour, contenant de l'albumine, des épithéliums cylindriques et du sang. Palpitations, pouls petit, très fréquent, angoisse, gêne de la respiration, sueurs froides, diarrhée avec lambeaux muqueux putrides, incoercible malgré tous les remèdes imaginables. Comme 36 heures après l'injection tous les symptômes s'aggravaient, Leser se décida à enlever immédiatement avec la seringue à aspiration le calomel introduit. On le sentait distinctement à travers le muscle infiltré et la peau. On ne recueillit en apparence que du sang après avoir enfoncé plusieurs fois la seringue, peut-être y avait-il un peu de calomel dans le liquide extrait. Sept heures après cette intervention on ne constatait encore aucune détente, on se décida alors à faire une incision au niveau du point de l'injection, le malade étant déjà dans la stupeur. Dans la profondeur du muscle, après avoir cherché longuement le foyer dans le tissu cruenté, on trouva une petite tumeur du volume d'une cerise, remplie d'une masse sanguinolente, brun jaunâtre. Raclage avec la curette, cautérisation avec le Paquelin, lavage et tamponnement humide.

Huit heures plus tard, amélioration appréciable, le cerveau est plus libre, la sécrétion urinaire complètement arrêtée pendant 14 heures recommença, elle contenait encore de l'albumine qui disparut ensuite. Plus de sueurs, appétit normal, enfin amélioration des symptômes intestinaux, le ténesme ne cessa que quatre jours après l'incision; quant aux selles fétides et sanguinolentes, mêlées de lambeaux nécrosés de tissu, elles commencèrent à diminuer le 5e jour, pour redevenir normales seulement le 12e jour après l'opération. Le malade ne reprit ses forces que très lentement, ce ne fut que 5 semaines après l'injection qu'il put se servir de son bras. Six mois plus tard — dans l'intervalle, iodure de potassium — ce malade eut une récidive très grave (ulcères du pharynx et du larynx; périost. syph.) pour laquelle on lui fit cinq injections de calomel dans le creux ischio-rectal; ces injections n'amenèrent aucun accident.

Il est impossible de savoir quelle a été, dans ce cas, la cause de l'intoxication : est-elle due à la région où a été faite l'injection, ou bien s'agit-il d'une disposition individuelle ?

Cas II. — Dr R... 25 ans, constitution délicate, nutrition bonne, peu résistant. Roséole syphilitique typique, sclérose initiale, en voie de guérison. Phimosis. Infection probable il y a trois semaines. Après l'opération du phimosis, cautérisation du chancre avec la pierre; puis injection de calomel (0,1), repos au lit, pas de malaises spéciaux. Dix jours après, deuxième injection (0,1) dans le muscle fessier. Le malade, à la suite de l'évolution calme de la première injection, s'est, malgré la prescription, beaucoup remué déjà deux heures après l'injection et ce n'est que par suite de l'apparition de violentes douleurs qu'il s'est mis au lit. Dans la nuit, vives douleurs semblables à des coliques dans le bas-ventre, ténesme, selles claires au début, mais déjà au bout de 16 heures après l'injection, fétides, sanguinolentes, en outre sueurs froides, angoisses, stomatite abondante. Des lavages du rectum avec une grande quantité d'eau boriquée chaude amenèrent une amélioration passagère. Cependant 6 heures plus tard, anurie, céphalalgie et légère hébétude. Dans ces conjonctures, Leser se décida à pratiquer immédiatement une incision. On trouva facilement dans le muscle le foyer qui avait la grosseur d'une cerise et était rempli d'un liquide rouge brun, épais, sanguinolent, à caractère graisseux évident. Même pansement que dans le premier cas.

Les symptômes alarmants cédèrent d'une manière manifeste 8 heures après l'incision. La sécrétion urinaire reprit son cours, les douleurs de tête cessèrent et le deuxième jour amélioration notable des symptômes intestinaux.

Ces deux faits démontrent qu'il est possible d'enrayer un empoisonnement aigu, relativement rare du reste, même lorsqu'il existe des phénomènes dangereux. L'auteur est convaincu qu'on aurait pu sauver par une intervention opératoire énergique bon nombre de sujets chez qui la maladie a eu une issue fatale. Dès qu'après une injection il se manifeste des symptômes toxiques graves, le médecin doit se décider, aussi rapidement que possible, à inciser et à enlever le foyer toxique, il aura ensuite toute satisfaction du traitement de la syphilis par les injections.

En résumé, selon Vogeler, le traitement de la syphilis par les injections sous-cutanées de calomel constitue une méthode excellente et même supérieure à la cure par les frictions : 1° elle est propre ; 2° bon marché; 3° commode pour le médecin et les malades; 4° appropriée à toutes les formes de la syphilis soit sous le rapport de la rapidité de son action, soit sous celui de son influence consécutive; 5° la quantité du remède introduit peut être exactement déterminée ; 6° les douleurs et l'infiltration sont de peu d'importance si l'injection est faite dans le creux ischio-rectal ; 7° on peut éviter les abcès d'une manière absolue; 8° elle n'est pas dangereuse, car même dans le cas où il survient une intoxication grave, on peut l'enrayer immédiatement par l'enlèvement du poison; 9° la stomatite est très limitée avec des soins convenables de la bouche.

A. Doyon.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ARTICLES NON ANALYSÉS

Dermatologie. — THOMAS HARRIS. Dactylitis (*Manchester Pathol. Soc.*, 15 octobre. *The Brit. med. Journ.*, 1er novembre 1890, p. 1014). — SMITH. Chronic onychitis (*The Lancet*, 20 décembre 1890, p. 1334). — SMITH. Curious nodules on hands (*The Lancet*, 20 décembre 1890). — PRITCHARD. Deformity of the feet (onychogryphose) in an aged woman (*The Lancet*, 3 janvier 1891, p. 17).

PERCY DUNN. Fibroma molluscum (*West London med.-chir. Soc.*, 8 novembre. *The Brit. med. Journ.*, 15 novembre 1890, p. 1128). — BOWKETT. Multiple fibrolipomata (*The Lancet*, 20 décembre 1890). — MONESTIÉ. Tumeur mélanique (Sarcome alvéolaire) de la face dorsale du pied. Généralisation ganglionnaire (*Journal des Sciences médicales de Lille*, 17 octobre 1899, p. 373). — CHASSEAUD. Guérison de l'épithélioma d'origine sébacée par la résorcine (*Bulletin général de thérapeutique*, 15 septembre 1890, p. 207).

Mc COLLOM. A case of leprosy (*Boston Society for medical observation*, 5 mai 1890. — *The Boston medical and surgical Journal*, 9 octobre 1890, p. 350). — JOSEPH C. GREENE. Leprosy (*New-York State medical Association*, octobre 1890. — *Medical Record*, 1er novembre 1890, p. 504).

DALE JAMES. Lupus verrucosus (*Sheffield med.-chir. Soc.*, 23 octobre. *The Brit. med. Journ.*, 1er novembre 1890, p. 1014). — GEO. RYERSON FOWLER. A case of excision of lupus of the Face, with immediate skin transplantation (*The Brooklyn med. Journal*, février 1891, p. 88.

CROSS. Bullous eruption : diphtherial infection (*The Brit. med. Journ.*, 20 décembre 1890, p. 1425). — EDWARD BLAKE. Persistent dandruff, acne, and the seborrhœa of Unna (*The Lancet*, 27 décembre 1890, p. 1376).

RAILTON. Sporadic cretinism (*Manchest. med. Soc.*, 5 novembre. — *The Brit. med. Journ.*, 15 novembre 1890, p. 1127). — MURRAY et CARR. Présentation de cas de « sporadic cretinism » (*Med. Soc. of London*, 24 novembre 1890. — *Brit. med. Journ.*, 29 novembre 1890, p. 1240). — STALKER. Case of myxœdema (Un cas de myxœdema datant de cinq ans avec irido-choroïdite chronique non syphilitique datant de quinze ans et traitée dès le début jusqu'à ce jour par des doses fortes et continues d'iodure de potassium) (*The Lancet*, 10 janvier 1891, p. 82).

PATTESON. Psorospermosis (*Royal academy of med. in Ireland*, 7 novembre 1890. — *The Brit. med. Journ.*, 6 décembre 1890, p. 1302).

R. HUMPREYS. Raynaud's disease (*Hunterian Soc.*, 12 novembre 1890. — *The Lancet*, 20 décembre 1890, p. 1334). — MIDDLETON. Morphæa (*Glasc. path. and clin. Soc.* — *The Lancet*, 20 décembre, p. 1334). — GOSSET. Tropho-névrose faciale à début frontal (*Union médicale du Nord-Est*, septembre 1890).

PURDON. Some old celtic remedies (*The Brit. Journ. of Derm.*, décembre 1890, p. 378). — GIAMPIETRO. Urticaire consécutive à l'absorption du sulfate de quinine (*Rivista clinica e terapeutica*, septembre 1890, p. 454).

G. VELO. Caso di filaria medinensis (*la Riforma medica*, 10 novembre 1890, p. 1545).

L. GALLIARD. Quelques cas de rubéole (*France médicale*, n° 47, 1890).

Vénéréologie. — L. RAYNAUD. Périostite blennorrhagique (*Bullet. médic. de l'Algérie*, octobre 1890). — G. ANFUSO. Il gonococco di Neisser (*la Riforma medica*, 5 février 1891, p. 328).

Syphilis. — DALE JAMES. Syphilitic ulceration of nose (*Sheff. med.-chir. Soc.*, 6 novembre. — *The Brit. med. Journ.*, 15 novembre 1890, p. 1126). — ROLLESTON. Gumma of Lung (*Pathol. Soc. of. Lond. — The Brit. med. Journ.*, 8 novembre 1890, p. 1068). — DELÉPINE AND R. SISLEY. Extensive gummatous lesions of the Liver, Diaphragm, Lung and Spleen (*Pathol. Soc. of Lond. — The Brit. med. Journ.*, 8 novembre 1890, p. 1068). — STEVENS. Chancre on finger (*Hunterian Soc.*, 26 novembre 1890. — *The Lancet*, 20 décembre 1890, p. 1334). — A. KEMPE. Syphilitic stricture of œsophagus (*The Brit. med. Journ.*, 27 décembre 1891, p. 1480). — DOUCAS DÉMÉTRIADES. Un cas de pseudo-paralysie syphilitique guérie (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, novembre 1890). — P. TISSIER. Accidents infectieux terminés par la mort à la période secondaire de la syphilis (*France médicale*, nº 45, 1890. — A. TITOMANLIO. Sull' aumento della sifilide creditaria nell' Annunziata di Napoli, in rapporto a' nuovi ordinamenti sanitari (*la Riforma medica*, 3 et 4 décembre 1890, p. 1664 et 1670). — L. HIRIGOYEN. Syphilis par conception (*Journal de médecine de Bordeaux*, 21 décembre 1890, p. 206). — B. EDWARDS. La syphilis héréditaire des nouveau-nés et la nourricerie des Enfants-Assistés (*la Tribune médicale*, 9 et 16 octobre 1890, p. 650 et 666). — CAMUSET. Note sur la paralysie générale d'origine syphilitique (*Annales méd.-psychol.*, janvier 1891, p. 27). — L. STRAIN. Syphilis et mariage, with special reference to the effect produced in procreation (*Glascow medic. Journ.*, février 1891, p. 89). — CARPENTER. Nasal et pharyngeal manifestations of syphilis, results and treatment (*Weekly medic. Review*. Saint-Louis, 10 janvier 1891, p. 25). — LE GENDRE. Diagnostic et traitement de la syphilis cérébrale (*Revue générale*, Concours médical, 28 février 1891, p. 100).

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 27257.

MÉMOIRES ORIGINAUX

ÉTUDE CLINIQUE ET EXPÉRIMENTALE SUR UN CAS D'INFECTION FARCINO-MORVEUSE CHRONIQUE

TERMINÉE PAR UNE POUSSÉE DE MORVE AIGUE

par **MM. H. Hallopeau** et **E. Jeanselme.**

Communication à la Société française de Dermatologie.

Depuis les remarquables travaux d'Elliotson, et surtout de Rayer, nul ne conteste que la maladie farcino-morveuse puisse se transmettre du cheval à l'homme. Aussi, la fréquence de cette affection redoutable a-t-elle singulièrement diminué tant dans l'espèce humaine que dans l'espèce équine. Les règlements sanitaires, tombés en désuétude depuis la fin du siècle dernier, ont été de nouveau appliqués dans toute leur rigueur et c'est certainement à leur observation qu'il faut attribuer la rareté, si grande à notre époque, de cette maladie contagieuse. Actuellement, beaucoup de cliniciens consommés, qui ont fréquenté les hôpitaux pendant la plus grande partie de leur existence, ne connaissent la morve que par les descriptions qu'ils en ont lues. Quand par hasard un cas de ce genre se présente à leur observation, ils sont exposés à le méconnaître si la notion étiologique leur échappe. Comme pour toutes les maladies peu communes auxquelles on ne songe pas tout d'abord, il serait utile de posséder une étude soignée des caractères différentiels qui permît de distinguer la farcinose chronique des affections qui présentent avec elle une certaine similitude. Malheureusement cette étude est encore peu avancée : les monographies si justement appréciées de Bérard et Denonvilliers (1), de Tardieu (2), de Brouardel (3) sont incomplètes à cet égard ; quant aux traités spéciaux de dermatologie, ils sont d'une remarquable pauvreté en renseignements sur cette matière : en France, le seul ouvrage sur les maladies de la peau dans lequel les

(1) A. Bérard et Denonvilliers, *Compendium de chirurgie*, 1845.
(2) A. Tardieu, *De la morve et du farcin chronique*, etc. Thèse de doctorat, Paris, 1843.
(3) Brouardel, art. morve humaine du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 1876.

caractères de la morve soient succinctement indiqués est celui de Rayer qui, à cette époque, ne la connaissait que par les travaux d'Elliotson (cette description est accompagnée d'une planche [Atlas, Pl. IX]); Alibert ne paraît pas avoir soupçonné l'existence de la morve de l'homme; ni Cazenave, ni Gibert, ni Devergie n'en parlent dans leurs livres; Bazin la mentionne dans sa classification, mais nulle part il ne la décrit, nulle part il n'en fait le diagnostic, alors même qu'il s'occupe à cet égard des syphilides ulcéreuses et des lupus; il n'en est pas question dans nos ouvrages plus récents; en Allemagne, Kaposi énumère les manifestations de la morve sans en indiquer les caractères cliniques; Lesser n'en parle pas; Duhring, Hyde et Shœmaker, en Amérique, ne lui consacrent que quelques lignes, et la description qu'en donne en Angleterre R. Crocker, est également fort courte. Nous croyons donc faire œuvre utile en publiant un fait que nous avons observé récemment et en insistant surtout sur les signes qui permettent de reconnaître l'infection farcino-morveuse alors même que les commémoratifs n'invitent pas tout d'abord à la rechercher.

La science pure et la pratique sont également intéressées à la solution de ce problème diagnostique, car, si la pathologie générale peut tirer des notions importantes de l'étude de cette infection qui, par ses lésions et son évolution, se rapproche de la syphilis, de la tuberculose et de la lèpre, la clinique, elle aussi, trouvera dans le diagnostic établi en temps opportun des indications fondamentales en ce qui concerne la prophylaxie et le traitement curatif.

Nous exposerons d'abord l'histoire pathologique de notre malade qui comprend une période de six ans. Nous reviendrons ensuite sur les particularités cliniques qui nous paraissent mériter une mention spéciale. En dernier lieu, nous relaterons les recherches expérimentales auxquelles nous nous sommes livrés pour donner au diagnostic toute la rigueur désirable.

Observation. — Le nommé Sab... (Albert), âgé de trente ans, entre au mois d'avril 1889, à l'hôpital Saint-Louis, pavillon Bazin.

Cet homme est charretier depuis six ans. Il y avait quelques mois qu'il faisait ce métier, pansant lui-même ses chevaux et leur servant leur nourriture, quand l'un d'eux fut pris d'un jetage abondant accompagné de « plaies et de gourmes » sur diverses régions du corps; l'état de l'animal s'aggravant, celui-ci fut abattu deux ou trois mois après le début des accidents.

C'est précisément à la même époque qu'apparurent les premiers symptômes de l'affection qui amène le malade à l'hôpital. L'infection se traduisit d'abord par un malaise général, des accès fébriles assez réguliers à type tierce et des douleurs articulaires violentes sans gonflement ni rougeur, douleurs qui ont reparu à maintes reprises pendant le cours de ces dernières années. Le malade ressentait aussi des élancements douloureux

dans la tête et dès ce moment les sécrétions nasales qui depuis ont toujours été exagérées devinrent plus abondantes.

Peu de temps après ces premiers signes de l'infection, un matin, le malade en se levant est pris d'une douleur violente au niveau de la crête tibiale gauche vers sa partie moyenne. Il constate que toute la région douloureuse est rouge et tuméfiée. Il entre à l'hôpital de Chalon-sur-Saône le jour même; le lendemain de l'entrée, une incision large et profonde ne donne issue qu'à du sang, mais bientôt la suppuration s'établit; elle devait durer trois ans; il n'y a jamais eu d'élimination de séquestre.

Pendant le séjour du malade à l'hôpital de Chalon-sur-Saône, des abcès surviennent sur diverses régions du corps, d'abord à la face interne du bras gauche et de la jambe droite, puis à la face dorsale de l'avant-bras gauche.

Un an après le début, deux nouveaux abcès se développent, l'un à la partie inférieure du grand pectoral droit, l'autre sur la face antérieure du bras correspondant; plusieurs petits abcès se forment également sur les cuisses; de ces diverses collections, les unes sont incisées, les autres s'ouvrent spontanément : ces dernières laissent couler pendant un certain temps une grande quantité de liquide jaunâtre, visqueux, contenant des stries de sang noirâtre, que le malade compare à de la gomme, puis la suppuration s'établit. Quant aux collections qui sont incisées, elles ne donnent que du sang le premier jour, puis peu à peu le liquide sécrété devient jaunâtre et visqueux.

Ces abcès ne se cicatrisant pas, le malade vient à Paris et entre à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Le Dentu, alors suppléé par un chirurgien du bureau central. Pendant un mois, on essaie successivement, sans obtenir aucune amélioration, les pansements phéniqués, les applications locales de teinture d'iode, l'iodoforme, l'eau boriquée, le vin aromatique. M. Félizet, remplaçant à son tour M. Le Dentu, endort le malade et cautérise chaque plaie ulcéreuse avec le thermo-cautère et, après la chute des eschares, touche les ulcérations avec de la teinture d'iode. Cette intervention donne un résultat excellent : quinze jours après l'emploi du thermo-cautère, les plaies sont fermées et le malade part pour Vincennes. Il se considère comme guéri, et, de fait, il peut travailler pendant trois ans sans avoir de nouvelles manifestations.

Mais, en 1889, sa santé commence à décliner de nouveau : une large plaque indolente, sans connexion avec le premier abcès, apparaît à la face interne de la jambe gauche. Quatre mois plus tard, une fistule s'établit à ce niveau donnant issue à un liquide roussâtre et gommeux ; un second orifice, devenu également fistuleux, s'est ouvert récemment; le placard induré, d'un brun rougeâtre, a l'étendue de la paume de la main ; il est encastré dans la peau comme une plaque de carton et est assez mobile sur les couches profondes.

C'est vers cette époque (avril 1889) que le malade se présente une seconde fois à la consultation de l'hôpital Saint-Louis. Il porte une ulcération située sur la voûte palatine derrière les incisives médianes, il se plaint de maux de tête et de douleurs dans les oreilles, on constate en outre un léger degré de surdité. Cet ensemble de symptômes fait penser tout d'abord à la syphilis, malgré les dénégations du malade, et le traitement institué

consista en frictions mercurielles, gargarismes au sublimé alternant avec des gargarismes au chlorate de potasse, iodure de potassium administré à la dose journalière de 4 grammes. Contrairement aux prévisions, l'ulcération prend une extension rapide, envahissant la gencive et la lèvre supérieures. Au bout de six semaines les préparations mercurielles étant reconnues inefficaces sont supprimées, mais le malade continue l'usage de l'iodure de potassium.

Peu à peu, les ulcérations de la lèvre se cicatrisent, mais celle de la voûte palatine ne devait jamais se fermer complètement.

Pendant les six mois qui suivent la rentrée du malade à l'hôpital Saint-Louis, nous n'avons rien d'important à relever si ce n'est une inflammation chronique du sac lacrymal droit, qui par moments passe à l'état aigu et fait craindre à plusieurs reprises l'apparition d'un érysipèle.

En octobre 1889, un abcès du volume d'un œuf se développe sans douleurs au niveau de la partie postérieure de l'échancrure costo-iliaque gauche, s'ouvre spontanément et se cicatrise en trois semaines bien que le foyer n'ait pas été cautérisé.

A la même époque, les ulcérations qui depuis longtemps restaient stationnaires reprennent une marche aiguë. La lèvre supérieure, très tuméfiée, porte sur sa partie droite une perte de substance régulièrement circulaire de 2 centimètres de diamètre. Les bords de cette ulcération sont très nets, ils se continuent en pente douce avec le fond qui est inégal, recouvert d'un détritus jaune adhérent, et rendu brillant par une couche de liquide gommeux. D'autres ulcérations plus petites, superficielles et de forme serpigineuse, occupent la face interne de la lèvre supérieure. On y remarque aussi de longues crevasses irrégulières rappelant les fissures qu'on observe dans la labialite syphilitique tertiaire. Au fond de ces sillons, il existe des brides cicatricielles qui paraissent être les vestiges de la poussée ulcéreuse survenue peu après l'entrée du malade à Saint-Louis.

La gencive supérieure en contact avec la lèvre malade n'est pas ulcérée, mais elle est tuméfiée, mamelonnée et laisse sourdre du pus au niveau du collet des dents qui sont mobiles et noirâtres. Il est bon de remarquer que, depuis plusieurs mois, le malade ne prenait aucune préparation mercurielle. Immédiatement en arrière de l'arcade dentaire supérieure, commence une ulcération qui recouvre toute la portion osseuse de la voûte palatine et se termine en arrière assez brusquement au niveau du bord adhérent du voile du palais. Cette grande ulcération, dont les bords extrêmement déchiquetés indiquent qu'elle résulte de la coalescence de nombreuses ulcérations plus petites, offre une surface très inégale et pour ainsi dire bigarrée. Cet aspect tient à ce que les divers points de cette surface ulcérée ne sont pas à la même période de leur évolution : ici, par exemple, ce sont des placards exulcérés et tapissés d'un détritus jaunâtre ; là, des bourgeons saillants ou des parties dures, enfoncées, d'aspect scléreux. Ce mélange de cicatrices, de bourgeons saillants et d'ulcérations à tendance extensive, le peu de profondeur des lésions qui certainement n'atteignent pas les os, la forme capricieuse des contours, sont les traits les plus importants de cette ulcération à physionomie toute spéciale.

Le voile membraneux, avons-nous dit, est intact ; pourtant, on remarque

à droite de la base de la luette un petit disque blanc qui ne se laisse pas enlever par le pinceau. C'est l'origine d'une ulcération qui devient rapidement anfractueuse et sectionne la luette. Malgré cette perte de substance, il ne se produit aucun trouble de la déglutition.

Les autres régions de la cavité bucco-pharyngienne, à savoir, la lèvre et les gencives inférieures, le plancher buccal, la langue, les joues, l'isthme du gosier, les amygdales et le pharynx, ne présentent aucnna altération. Quelques ganglions cervicaux sont développés, mais indolents.

Le larynx ne paraît pas intéressé, la voix n'est pas modifiée, elle n'a jamais été enrouée.

Les fosses nasales, au contraire, présentent des altérations très profondes, mais à peu près indolentes : aussi le malade n'attire pas l'attention sur elles. Ce qui invite à les rechercher, c'est qu'il existe, depuis deux mois, au niveau du sac lacrymal droit une tumeur rouge et douloureuse. Depuis le début de l'infection, le malade est atteint d'une sorte de coryza chronique, il mouche abondamment, le liquide expulsé est consistant et jaune verdâtre; le matin, il renferme souvent un peu de sang; il n'y a pas d'ozène. M. le docteur Potiquet a bien voulu, sur notre demande, faire l'examen des fosses nasales. Il a constaté qu'au niveau du plancher de la narine droite la muqueuse est tomenteuse, ulcérée et présente une consistance spéciale. A peu de distance de l'orifice de la narine commence un trajet fistuleux de 2 centimètres de longueur qui aboutit à une surface osseuse dénudée. La narine gauche porte des altérations analogues. La cloison des fosses nasales est perforée de sorte que l'extrémité d'un stylet introduit dans la cavité gauche pénètre sans difficulté dans la cavité droite.

En présence d'accidents aussi menaçants, nous avons recours, une seconde fois, au traitement mercuriel sous forme de frictions, sans suspendre l'usage de l'iodure de potassium que le malade prenait depuis six mois. Cette nouvelle tentative n'est pas plus heureuse que la première. On doit cesser les frictions après quelques semaines, le mercure aggravant la stomatite malgré les lavages fréquents de la cavité buccale. Peu après, l'iodure causant des troubles digestifs est également supprimé.

Pour arrêter l'extension phagédénique des ulcérations, c'est au thermocautère que nous nous adressons. Sous l'influence de ce traitement pratiqué avec vigueur, la muqueuse de la voûte palatine se cicatrise rapidement, mais sa surface garde un aspect vaguement mamelonné. Sur le bord libre du voile du palais, à droite de la place où siège normalement la luette qui a disparu, on remarque une incisure antéro-postérieure d'un demi-centimètre environ de longueur à bords cicatriciels. Malheureusement la lèvre supérieure ne peut pas être cautérisée avec autant de suite et de ténacité, car l'ulcération labiale est extrêmement douloureuse. A plusieurs reprises, une cautérisation méthodique et profonde est faite sous le chloroforme, mais les souffrances sont si vives au réveil que le malheureux patient refuse bientôt de se laisser endormir. Nous sommes donc obligés de nous borner à faire des cautérisations superficielles et incomplètes, incapables d'enrayer le mal.

L'ulcération de la lèvre, d'abord circulaire comme nous l'avons dit,

devient ovalaire et intéresse presque toute la largeur de la lèvre supérieure, moins les commissures ; en hauteur, elle occupe toute la muqueuse exposée à l'air sans empiéter sur la peau. Après l'élimination de la pellicule jaunâtre, d'aspect bourbillonneux qui la recouvre, on constate les caractères suivants qui, croyons-nous, donnent à la surface ulcérée un cachet spécial. *Les bords sont irréguliers, sinueux en certains points, dentelés et déchiquetés en d'autres. Partout ils sont coupés avec une remarquable netteté et, fait plus important, le fond de l'ulcération creuse des excavations au-dessous d'eux, les fouille et les décolle ; aussi, en quelques points, les bords devenus libres se retournent en dehors, comme cela se voit dans les épithéliomas, mais ils gardent une certaine souplesse, et ne présentent pas cette induration ligneuse si caractéristique de néoplasies cancéreuses. Le fond de l'ulcération, anfractueux et végétant, pousse des prolongements dans divers sens, en particulier sous les bords, comme nous venons de le dire. Il est constamment baigné par une couche de liquide louche et brillant, d'où l'on voit émerger des mamelons hémisphériques jaunâtres qu'on prendrait, au premier abord, pour des pustules.*

Autour de l'ulcération, les parties molles sont le siège d'une tuméfaction blafarde et rénitente qui s'étale sur les joues et boursoufle les paupières inférieures. Le côté droit de la face, plus déformé que le gauche, présente au niveau de la fosse canine une nodosité du volume d'une noisette, bien circonscrite, fluctuante et peu douloureuse. Cette collection est ouverte au thermo-cautère le 14 décembre 1889 ; il s'en écoule un liquide louche et visqueux, après quoi le foyer est vigoureusement cautérisé.

Le malade mouche maintenant (décembre et janvier 1890) du pus en abondance. Le jetage est souvent strié de sang, mais il n'y a jamais de véritables épistaxis. Parfois le malade expulse des croûtes volumineuses. Les douleurs à caractère névralgique qui occupent la tête et la face sont devenues plus intenses, particulièrement la nuit, et causent de l'insomnie.

Au mois de février 1890, l'ulcération a détruit toute la lèvre supérieure jusqu'à sa base adhérente à la gencive. Celle-ci est complètement à nu, mamelonnée, mais non ulcérée.

Vers le milieu du mois de février 1890, un abcès apparaît à la face interne du bras droit un peu au-dessus de sa partie moyenne. Un autre se forme sur le dos de la main droite : il est perdu dans un œdème qui bouffit toute la région. Le 22 février, ces deux collections sont ouvertes au thermo-cautère.

Au mois d'avril, l'abcès du bras n'est pas cicatrisé, mais sa cavité s'est beaucoup réduite et ne donne plus lieu qu'à un suintement. L'abcès de la main, au contraire, donne encore une grande quantité de pus visqueux à la pression, et sa cavité explorée au stylet est profonde.

Le 7 avril 1890, le malade ressent du malaise et remarque une tuméfaction rouge et diffuse au niveau du grand angle de l'œil droit. Le lendemain la température est très élevée et la tuméfaction s'étend. Le 9, les paupières, le nez et les joues offrent un aspect qui rappelle celui de l'érysipèle. Le 10, le gonflement a acquis son plus grand développement, il reste dès lors stationnaire jusqu'au 19. Toute la peau de la face est distendue par un œdème inflammatoire d'un rouge sombre qui boursoufle les paupières et triple le volume du nez. Toute la surface de celui-ci est parsemée

de pustules jaunes, hémisphériques et pleines, du volume d'un grain de chènevis; il n'y a pas de phlyctènes. Les narines sont obstruées par des croûtes noirâtres, épaisses, qui répandent une odeur extrêmement fétide. Les paupières sont agglutinées par du pus concret; au-dessous d'elles s'accumule une quantité considérable de liquide et quand on veut les écarter pour pratiquer des lavages, un jet de matière purulente est projeté à distance, comme cela s'observe quelquefois dans l'ophtalmie purulente des enfants. Ce pus est épais et mélangé de filaments d'aspect fibrineux. La muqueuse palpébrale paraît seule intéressée, car le réseau sanguin de la conjonctive bulbaire n'est pas injecté. La cornée et l'iris ne sont pas altérées. La sécrétion purulente est beaucoup plus abondante à droite qu'à gauche. Nous avons déjà dit que depuis le mois d'août 1889 le sac lacrymal de ce côté était enflammé et que le point de départ de la tuméfaction qui a envahi toute la face avait été le grand angle de l'œil droit.

Pendant le cours de cette poussée, une eschare partie de l'ulcération de la lèvre supérieure intéresse rapidement la narine droite dans toute son épaisseur. Cette eschare est divisée par des crevasses et limitée par un sillon d'élimination; de ces diverses fissures suinte un liquide louche et très fétide. Bientôt la partie mortifiée se détache, ouvrant largement la fosse nasale droite. Les bords de la perte de substance sont déchiquetés, grisâtres et exhalent une odeur infecte.

Après la chute de l'eschare nasale, la rougeur et la tuméfaction de la face diminuent; il y a une légère tendance à l'amélioration. Mais, peu après, à la fin d'avril, la lèvre inférieure, jusqu'alors presque intacte devient énorme, rappelant par son aspect la labialite syphilitique tertiaire : c'est une tuméfaction symétrique, qui amplifie la lèvre sans la déformer, et la renverse en dehors de manière à laisser voir sur la face interne des exulcérations circulaires ou sinueuses à fond jaunâtre.

La voix s'altère; elle devient rauque, puis indistincte. La respiration s'embarrasse; la poitrine est remplie de râles, le malade rejette avec difficulté des matières sanieuses et fétides qui viennent probablement en partie des voies respiratoires.

L'état général devient très mauvais; la fièvre, constante depuis le début de la dernière poussée, prend un caractère franchement hectique; la température du soir dépasse celle du matin de 1°,5. La diarrhée, qui était déjà apparue, à plusieurs reprises, devient permanente et incoercible; elle est très fétide. Les conjonctives prennent une teinte subictérique. La rate est volumineuse. L'urine est rougeâtre, un peu trouble; par l'addition d'acide nitrique, on obtient la coloration brun sale de l'hémaphéine et non la gamme colorée du pigment biliaire. L'albuminurie est abondante. Les membres inférieurs et la paroi abdominale sont œdématiés; il y a de l'ascite.

Le malade présage sa fin prochaine, c'est dans cet état de marasme que le malheureux succombe le 21 mai 1890.

En résumé, ce long drame pathologique peut se diviser en trois actes ou périodes.

Le premier est caractérisé par les symptômes infectieux du début,

par l'augmentation des sécrétions nasales et surtout par l'apparition de nombreux abcès ayant une physionomie et une évolution spéciales. Grâce à l'emploi du thermo-cautère, ce premier acte se termine par une guérison apparente, qui se maintient pendant trois ans. Une aussi longue intermission n'a été notée, que nous sachions, dans aucun des cas qui n'ont pas guéri définitivement.

Le second acte est marqué par une nouvelle série d'abcès et par des ulcérations des fosses nasales, de la voûte palatine et des lèvres, altérations sur lesquelles nous reviendrons en détail.

Enfin, le troisième et dernier acte est rempli par la poussée de morve aiguë à laquelle le malade a succombé.

A. — Partie clinique

On pourrait croire, à la lecture de ce cas, que le diagnostic fut posé sans difficulté, et pourtant, la nature de l'affection ne fut soupçonnée qu'après plusieurs mois d'observation et ne fut définitivement établie que par les recherches expérimentales.

Quand le malade se présenta à Saint-Louis, il ne racontait pas son passé pathologique. Aussi, la céphalalgie dont il se plaignait, l'ulcération palatine et les cicatrices multiples qu'il portait furent mises sur le compte de la syphilis. Ce qui rendait encore ce diagnostic plus vraisemblable, c'est que la céphalée présentait des recrudescences nocturnes, comme cela est déjà signalé d'ailleurs dans d'autres cas d'infection farcino-morveuse. Bien que le traitement spécifique ait complètement échoué une première fois, c'est encore à lui qu'on s'adressa lors de la seconde poussée. L'insuccès fut aussi complet; non seulement le traitement antisyphilitique le plus énergique n'avait pas enrayé les accidents, mais ceux-ci avaient pris une marche extensive rapide, en quelque sorte phagédénique.

Il y avait donc lieu d'émettre des doutes sur la nature vénérienne des lésions. D'ailleurs, un nouvel examen du malade fut entièrement négatif; à l'exception des cicatrices qui occupaient la place des abcès traités par le thermo-cautère, on ne relevait aucune lésion suspecte. Cette absence de tout reliquat de syphilis ancienne, jointe à l'échec du traitement spécifique et aux dénégations du malade, dont rien n'autorisait à suspecter la bonne foi, fit rejeter définitivement le diagnostic de syphilis.

Fallait-il penser à une forme maligne de la tuberculose cutanée? Il ne pouvait être question d'un lupus vulgaire, car les nodules caractéristiques faisaient défaut et la lésion était, avant tout, ulcéreuse. La marche très rapidement extensive et destructive des ulcérations pendant les recrudescences, la guérison spontanée, presque parfaite,

en un court espace de temps, à la suite de la première poussée, étaient peu en faveur de la nature tuberculeuse des lésions. De plus, le malade ne présentait aucun signe de tuberculose viscérale, les poumons, en particulier, paraissaient sains. Les antécédents personnels et héréditaires étaient excellents; le malade n'avait eu, dans son enfance, aucune trace d'affections strumeuses, telles que kératites, coryzas à répétition, écoulement d'oreilles, écrouelles, etc. En outre, l'examen bactériologique, fait à plusieurs reprises, du liquide qui suintait des ulcérations et des fosses nasales, n'avait jamais fait découvrir de bacilles de Koch dans ces sécrétions. Bien que l'absence de localisations viscérales et le résultat négatif de l'examen du pus ne fussent pas certainement des motifs suffisants pour éliminer l'hypothèse d'ulcérations de nature tuberculeuse, ce diagnostic ne fut pourtant pas accepté, en raison des caractères objectifs et de l'évolution des lésions.

C'est alors que, par voie d'exclusion, on en vint à se demander si le farcin n'était pas l'origine de tous les accidents. Ce qui autorisait à faire cette supposition, c'est que le malade était charretier, détail capital qui n'avait pas suffisamment attiré l'attention lors du premier interrogatoire; c'est aussi que le début de toute cette longue chaîne pathologique remontait à une époque où précisément ce charretier conduisait et soignait un cheval atteint de jetage et d'ulcérations chroniques qui forcèrent le propriétaire à faire abattre l'animal. L'expérimentation, comme on le verra dans la seconde partie de ce travail, a démontré que l'hypothèse d'accidents morveux était fondée.

Dans les cas de farcin chronique analogues au nôtre, c'est presque toujours la donnée étiologique qui met sur la voie du diagnostic. La contagion ne s'observe guère en effet que chez les individus exposés par leur profession à être souvent en contact avec des chevaux. Pourtant il existe quelques exemples de transmission indirecte : tel est le cas de cette blanchisseuse, dont parle Elliotson, qui mourut de la morve après avoir lavé le linge d'un cocher qui avait lui-même succombé à cette affection. En pareille occurrence, aucun souvenir suspect n'éveille l'attention du clinicien. Il y a donc intérêt à rechercher si les caractères objectifs des lésions et leur enchaînement ne sont pas suffisamment caractéristiques pour faire soupçonner la morve ou le farcin, alors même que les renseignements sont muets à cet égard.

Les lésions principales qu'on observe au cours de l'infection farcino-morveuse sont de deux ordres : des abcès multiples et des néoplasies ulcéreuses.

Lorsque les abcès se développent presque simultanément dans divers points, ils font inévitablement porter, à un premier examen, le diagnostic d'infection purulente. Il en était ainsi, par exemple,

pour ne citer que les observations les plus récentes, dans les deux cas publiés par M. Bucquoy et dans celui de M. Millard. Nous ne parlerons pas de cette forme aiguë du farcin que nous n'avons pas observée.

Quand les abcès apparaissent les uns après les autres, à plusieurs mois de distance, si le médecin n'a pas l'occasion de les étudier lui-même et si les renseignements fournis par le malade sont peu exacts, le diagnostic reste en suspens : on hésite entre des gommes syphilitiques ou tuberculeuses. Certains caractères de ces abcès peuvent pourtant donner l'éveil. C'est d'abord leur topographie : presque tous siègent sur les membres, sous la peau ou dans les masses musculaires; il en était ainsi dans notre observation; pourtant, chez notre malade, deux abcès se sont développés sur le tronc, l'un dans le grand pectoral gauche, l'autre dans le flanc correspondant; un troisième occupait la fosse canine droite.

Ces abcès peuvent avoir deux évolutions absolument opposées, et cela sur le même sujet, sans qu'on puisse saisir la raison de ces différences. Tantôt la collection se forme en quelques jours, s'ouvre spontanément et se cicatrise avec rapidité : telle a été, par exemple, la marche de l'abcès qui s'était développé chez notre malade dans l'échancrure costo-iliaque gauche. Tantôt, et plus souvent, la collection demeure fluctuante pendant un temps parfois très long avant de s'ouvrir et la cicatrisation est ensuite des plus difficiles. Notre malade, quand il entra pour la première fois à Saint-Louis, portait de nombreux abcès fistuleux qui dataient d'un an et qui ne guérirent qu'à la suite des cautérisations énergiques faites par M. Félizet.

Frappés de ces différences dans l'évolution de lésions en apparence identiques, nous avons étudié comparativement, au point de vue expérimental, deux abcès ouverts le même jour et siégeant sur le même membre, l'un au bras, l'autre à la main. Les inoculations nous ont prouvé que, dans les premiers jours, ces deux collections étaient l'une et l'autre virulentes; mais bientôt les inoculations faites avec le pus provenant de l'abcès du bras devinrent négatives, tandis que les animaux inoculés avec le pus de l'abcès de la main succombaient à la morve. Ce qu'il faut noter, c'est que du jour où l'abcès du bras devint stérile, la marche vers la cicatrisation fut rapide. Au contraire l'abcès de la main qui continuait à sécréter un pus virulent resta fistuleux jusqu'à la mort.

Ainsi donc, le bacille de la morve qui végète sur le milieu humain peut avoir une survie très variable. Il est intéressant de rapprocher ce qui se passe, en pareil cas, de ce qu'on observe lorsqu'on transplante ce même bacille dans des milieux artificiels. De même que certaines cultures peuvent périr en quelques jours et que d'autres placés dans les mêmes conditions conservent parfois leur vita-

lité pendant des mois; de même, certains abcès deviennent rapidement stériles, c'est-à-dire guérissent, tandis que d'autres gardent leur virulence, c'est-à-dire passent à l'état fistuleux.

Les propriétés physiques du liquide sécrété par les abcès farcineux présentent parfois un aspect spécial : c'est une humeur louche, brillante, huileuse ou gommeuse, souvent striée de sang noirâtre, et que les vétérinaires désignent à cause de ses caractères objectifs sous le nom d'*huile de farcin.* Notre malade, interrogé sur les abcès dont il portait les cicatrices, comparait le liquide qui s'en écoulait à de la gomme ou à de l'huile, et nous avons eu plusieurs fois l'occasion de faire la même remarque sur les abcès qui ont apparu pendant que le malade était soumis à notre observation.

Quant aux cicatrices consécutives aux abcès, elles étaient parcourues par de petites brides saillantes et bordées par un limbe brunâtre. Nous n'insisterons pas davantage sur ces caractères, d'autant plus que les cautérisations ont peut-être une part dans les irrégularités que présentait le tissu cicatriciel.

Après les abcès multiples, les ulcérations des cavités buccale et nasale paraissent être les manifestations les plus fréquentes de l'infection farcino-morveuse.

Nous ne saurions dire si la physionomie toute spéciale qu'elles offraient chez notre malade est constante, car les observations publiées antérieurement sont peu explicites à cet égard.

Les régions intéressées dans notre cas étaient :

1° Les fosses nasales dont la muqueuse était ulcérée et la cloison perforée;

2° La voûte palatine, qui présentait une large ulcération située immédiatement en arrière de l'arcade dentaire supérieure;

3° Les lèvres qui furent progressivement rongées et partiellement détruites par une lésion qui mérite l'épithète de phagédénique. *Cette dernière localisation n'a été signalée dans aucune des observations antérieures à la nôtre.*

Ces diverses ulcérations avaient des caractères communs : toutes étaient de forme irrégulière et capricieuse, recouvertes d'un détritus jaune tapissant un fond inégal et mamelonné; mais les unes, celles de la voûte palatine, étaient superficielles, n'intéressaient pas toute l'épaisseur du derme muqueux; les autres, celles qui occupaient les lèvres, creusaient rapidement des excavations anfractueuses et profondes, fouillaient sous les bords qui, devenus libres, se renversaient en dehors comme dans certains épithéliomas et finalement détruisaient une étendue considérable de tissu. De toutes ces ulcérations suintait le même liquide louche, gommeux ou huileux, brillant, dont nous avons déjà parlé à propos des abcès. Nous ne saurions mieux faire, pour compléter cette étude sommaire, que de renvoyer le lec-

teur aux passages de notre observation où sont décrites les ulcérations labiale et palatine que nous avons vues se développer sous nos yeux.

L'ensemble des faits que nous venons d'exposer nous permet, croyons-nous, d'établir la règle pratique suivante : *Chaque fois que des ulcérations des fosses nasales, de la voûte palatine et des lèvres présentant les caractères spéciaux que nous avons indiqués coïncident avec des cicatrices d'abcès qui se sont développés successivement sur diverses régions du corps et sur les membres en particulier, il y a lieu de penser à l'infection farcino-morveuse, de faire une enquête et de recourir à l'expérimentation.*

Passons maintenant à l'étude des accidents aigus terminaux.

A la vue d'une rougeur diffuse qui part du grand angle de l'œil, gagne, en quelques jours, toute la face et la déforme, le premier diagnostic qui se présente à l'esprit est celui d'un érysipèle ayant son point de départ dans les fosses nasales ulcérées et sortant par les points lacrymaux.

Nous pensons néanmoins, pour les motifs que nous allons exposer, qu'il s'agissait, chez notre malade, non pas d'un érysipèle, complication intercurrente, mais d'une poussée ultime de morve aiguë, manifestation qui termine si souvent le farcin chronique. Nous trouvons, en effet, un ensemble de symptômes qui ne sont pas habituels dans l'érysipèle légitime.

1° La rougeur et la tuméfaction restèrent cantonnées à la face avec une grande fixité ; le cou et le cuir chevelu ne furent pas intéressés ; la tendance ambulatoire si particulière à l'érysipèle fit défaut.

2° La plaque inflammatoire n'était pas limitée par un bourrelet, elle se continuait insensiblement avec les parties saines.

3° La surface n'avait pas l'aspect grenu de la peau d'orange ; elle était au contraire lisse et distendue par l'œdème inflammatoire.

Ces caractères différentiels n'ont assurément qu'une valeur relative, mais ceux que nous allons énumérer ci-après nous semblent avoir une plus grande importance.

4° Le nez, qui était la région la plus déformée, était couvert de nombreuses pustules jaunes, hémisphériques, pleines, circulaires, du volume d'un grain de chènevis : ces pustules, qu'il ne faut pas confondre avec les phlyctènes de l'érysipèle, sont spéciales aux formes aiguës de la farcino-morve.

5° Les narines étaient obstruées par des croûtes noirâtres, épaisses, qui exhalaient une odeur extrêmement fétide.

6° La narine droite se mortifia et après la chute de l'eschare les bords de la perte de substance laissèrent suinter un liquide huileux, fétide, et offrirent l'aspect spécial aux ulcérations morveuses.

7° Malgré des lésions aussi graves, les ganglions sous-maxillaires, cervicaux et préauriculaires paraissaient indemnes. On sait, en effet,

que le glandage, si précoce et si pathognomonique dans certaines espèces animales, manque souvent chez l'homme.

8° Nous verrons, dans la seconde partie de ce travail, que le liquide pris au niveau de l'eschare nasale et que le pus de la conjonctive étaient virulents. Ce dernier était une culture presque pure de bacilles de la morve.

Cette poussée de morve aiguë à laquelle notre malade a succombé avait été annoncée par plusieurs poussées pseudo-érysipélateuses qui avaient avorté. Depuis sept ou huit mois, il existait en permanence une tuméfaction du sac lacrymal droit, et il est à noter que le jetage et les ulcérations prédominaient dans la fosse nasale correspondante.

Lors de la poussée terminale, comme dans les poussées antérieures, la tuméfaction et la rougeur ont très exactement débuté par le grand angle de l'œil droit. Il semble donc que, dans le cas particulier, l'extension de l'inflammation spécifique s'est faite de la muqueuse nasale ulcérée à la peau par l'intermédiaire des voies lacrymales et suivant un mécanisme analogue à celui qui préside à la propagation d'un érysipèle né autour d'excoriations de la pituitaire. La lecture des observations suffisamment explicites permet de croire que le mécanisme que nous venons d'invoquer ne doit pas être très rare.

Nous terminerons cette étude clinique par quelques remarques sur le traitement et la prophylaxie.

Seules, les cautérisations au thermo-cautère ont donné de bons résultats. Par ce procédé, M. Félizet a réussi à enrayer les accidents pour une période de trois ans et, par ce même moyen, nous avons obtenu la cicatrisation de l'ulcération palatine. Nous avons la conviction que l'ulcération labiale aurait été arrêtée dans son extension, pour un temps du moins, si les cautérisations avaient pu être faites à ce niveau avec méthode.

Les mesures prophylactiques ont consisté à défendre aux malades de la salle de s'approcher du lit du patient, à prévenir les infirmiers des dangers de la contagion, à faire brûler les linges de peu de valeur et à faire immerger les autres dans une solution de Van Swieten, le sublimé étant l'antiseptique qui a le plus sûrement raison du bacille de la morve.

Le jetage est, comme on le sait, très virulent; le pus de la conjonctive, dans notre cas, l'était également. Quant à l'urine, peut-elle être un agent de transmission? Au moment de la poussée de morve aiguë, de l'urine de notre malade a été injectée à trois cobayes à la dose de 3, 4 et 5 centimètres cubes : ces animaux ne présentèrent aucun symptôme morbide. Toutefois ces expériences sont trop peu nombreuses pour qu'on puisse affirmer que l'urine n'est pas virulente. En effet, Philippowicz (cité par Berlioz, Th. Paris, 1887) a au contraire

obtenu un résultat positif en inoculant l'urine d'une femme morte de la morve. Il aurait également trouvé deux fois des bacilles de la morve dans l'urine de cobayes morveux. Ces expériences sont donc à reprendre. On comprend combien l'étiologie et l'hygiène sont intéressées à la solution de ce problème.

B. — Partie expérimentale.

L'histoire clinique dont nous venons de retracer l'évolution et les principaux symptômes, présentait une physionomie suffisamment caractéristique pour permettre de poser le diagnostic de morve avec une quasi-certitude.

Néanmoins, comme l'affection dont il s'agit est fort rare, *du moins en apparence*, à notre époque, et qu'il y avait un grand intérêt, au point de vue prophylactique et thérapeutique, à être fixé sur la nature des lésions observées chez notre malade, nous avons cru nécessaire de demander un complément de preuve aux recherches de laboratoire et particulièrement à l'expérimentation.

Dans cette étude, nous avons pris pour guide les recherches déjà anciennes des vétérinaires qui avaient démontré l'inoculabilité du virus farcino-morveux bien avant la période bactériologique contemporaine et les belles découvertes de MM. Bouchard, Capitan et Charrin, Lœffler et Schütz, Straus, etc., qui ont précisé et complété les remarquables travaux de leurs devanciers.

Nos recherches ont consisté :

1° En inoculations des diverses sécrétions du malade à des cobayes et à un âne;

2° En cultures sur divers milieux nutritifs;

3° En examens microscopiques des sécrétions du malade, de celles des animaux inoculés et des cultures.

1° Nos examens ont porté principalement sur le pus de trois abcès. L'un de ceux-ci siégeait dans la fosse canine droite, le second au bras, le dernier à la main du même côté. Le pus, recueilli au moment même où ces collections ont été ouvertes au thermo-cautère, a été fixé sur des lamelles qui ont été divisées en trois catégories.

a. — Celles de la première ont été colorées par la solution de Lœffler ou celle de Kühne. Les lamelles séjournaient quelques minutes dans ces bains colorants; puis elles étaient passées rapidement dans une solution très diluée d'acide acétique, séchées et montées.

b. — Les lamelles de la seconde catégorie ont été traitées par la méthode de Gram.

c. — Les lamelles de la troisième ont été colorées par l'un des procédés usités pour la recherche du bacille de la tuberculose.

Ces divers modes de coloration nous ont permis de constater dans les collections ci-dessus mentionnées deux faits importants : d'une part l'absence de bacilles de Koch, d'autre part la présence de bacilles spéciaux que nous allons décrire brièvement. Ce sont des bâtonnets courts, à extrémités atténuées, rectilignes ou légèrement arqués, un peu plus épais que les bacilles de la tuberculose, dont ils ont à peu près la longueur. Jamais nous ne les avons vus former des amas compacts, ils étaient isolés ou groupés deux à deux, surtout au voisinage des amas de leucocytes. Un caractère important de ces bacilles, caractère qui d'ailleurs a été signalé par tous les auteurs, c'est qu'ils ne se colorent pas par la méthode de Gram. Il est à peine besoin d'ajouter que les acides concentrés les décolorent complètement. Ces micro-organismes possèdent donc les caractères morphologiques et histo-chimiques du bacille de la morve.

En traitant certaines lamelles d'abord par la méthode de Gram, puis par une solution de potasse caustique au dix-millième additionnée de fuchsine, nous avons pu constater que dans le pus de l'abcès de la joue il existait, en outre des bacilles de la morve colorés en rouge par la solution alcaline, des amas de microcoques colorés en violet par le Gram. Cette double coloration démontre que dans cette collection des bacilles de la morve étaient mêlés à des staphylocoques. Ces derniers n'avaient d'ailleurs pas pénétré secondairement par l'incision, puisque le pus qui a servi à ces recherches avait été recueilli au moment même de l'ouverture.

Dans les deux autres collections, le bacille de la morve ne paraissait pas être associé à d'autres organismes et les ensemencements faits avec le pus de ces abcès nous ont donné des cultures pures.

Nous avons étudié par les mêmes procédés le pus du jetage, celui de l'ulcération labiale, le liquide qui suintait du sillon d'élimination de l'eschare nasale. La recherche des bacilles dans ces lésions a été beaucoup plus laborieuse. Pourtant, nous avons retrouvé dans toutes ces sécrétions des bacilles ayant les caractères que nous venons d'énumérer, associés à des espèces microbiennes plus ou moins nombreuses. Le liquide séro-purulent très abondant qui baignait les conjonctives mérite une mention toute spéciale. Les bacilles y étaient nombreux, et les inoculations ont prouvé qu'il avait une très grande virulence.

2° Le bacille de la morve n'ayant pas comme celui de la tuberculose une réaction caractéristique, les cultures et les inoculations sont bien autrement démonstratives que les examens microscopiques.

Nous avons obtenu des cultures du bacille de la morve sur les divers milieux nutritifs, même sur la gélatine placée à l'étuve et par conséquent liquéfiée. Nous ne parlerons que des cultures sur gélose glycérinée, sur bouillon et sur pomme de terre.

Dans les tubes de gélose, quarante-huit heures après l'ensemencement, de petits disques presque transparents apparaissent le long de la strie. Le lendemain, ces disques s'élargissent, deviennent opalins et constituent par leur réunion une bande uniforme d'un blanc mat qui s'étale en couche continue sur toute la surface de la gélose et prend en vieillissant la nuance jaunâtre de l'ivoire.

Dans les cultures sur bouillon, on remarque, dès le lendemain de l'ensemencement, un trouble uniforme de la masse liquide et un amas blanchâtre au fond du tube. Si l'on agite légèrement le bouillon, on voit des filaments qui serpentent lentement dans le liquide comme des spirales de fumée.

Sur la pomme de terre, la culture s'étale sous forme de nappe d'aspect glacé qui, du quatrième au sixième jour, dans les cas les plus favorables, prend une teinte ambrée, puis brun rougeâtre. Beaucoup de cultures d'ailleurs n'atteignent jamais une nuance aussi foncée.

Cette coloration *spéciale* que développe le bacille de la morve cultivé sur la pomme de terre est, on le sait, presque *pathognomonique*. Ces cultures sont donc, avec les inoculations aux animaux, les deux moyens auxquels on doit avoir recours dans la pratique pour arriver sûrement et rapidement au diagnostic de la morve.

3° Parmi les animaux susceptibles de contracter la morve, les plus réceptifs paraissent être l'âne et le cobaye. Ce dernier, bien qu'il ne contracte jamais cette infection spontanément, semble être le réactif par excellence de la morve, comme l'ont démontré les recherches déjà anciennes de Christot et Kiener et les travaux récents de MM. Lœffler et Schütz et de M. Straus.

Nos inoculations ont été pratiquées sur des cobayes, au nombre de trente-six, et sur un âne.

Dans une première série, comprenant six cobayes, toutes les inoculations ont été faites sur le dos, soit par scarification, soit par injection sous-cutanée. La matière virulente qui a été inoculée au premier cobaye de cette série a été fournie par l'ulcération palatine, qui était la seule lésion farcino-morveuse que portait le malade quand ces premières recherches ont été entreprises.

Voici, en résumé, les symptômes et les lésions observés sur les cobayes de cette première série. Le second ou le troisième jour après l'inoculation, nous remarquions au niveau de la piqûre une induration inflammatoire, sensible et rosée, qui augmentait de volume les jours suivants et était bientôt surmontée d'une croûte. Au-dessous de celle-ci existait une ulcération circulaire, profonde, taillée à pic, à fond bourbillonneux. Quelquefois de petits abcès se développaient à la périphérie de l'ulcération maîtresse et la déformaient en se réunissant à elle. D'autres petites collections s'ouvraient au-dessous des

bords de l'ulcération principale et les décollaient, si bien qu'après leur évacuation on observait tout autour du fond une couronne de logettes ou cavernules qui le rendaient irrégulier et anfractueux. Les ganglions correspondants se tuméfiaient et devenaient parfois l'origine d'ulcérations analogues à celle qui occupait le point d'inoculation. Dans certains cas, qui n'appartiennent pas à cette série, nous avons vu les accidents ne pas dépasser cette première période, l'ulcère local, le chancre farcineux, se cicatrisait en peu de jours et l'adénopathie se terminait par résolution. Mais cet arrêt dans la marche de la maladie était rare. Presque toujours, les symptômes allaient en s'aggravant jusqu'à la mort. Chez les mâles, les bourses prenaient un développement considérable et tout à fait caractéristique. Dans quelques cas, des croûtes agglutinaient les paupières et obstruaient les fosses nasales. Dès le cinquième ou le sixième jour, dans les cas rapides, l'animal perdait sa vivacité, maigrissait, frissonnait, se ramassait en boule et avait une dyspnée qui se compliquait de tirage quand l'écoulement nasal était abondant, ce qui d'ailleurs était rare. Parfois les pattes s'œdématiaient vers la fin de la vie et la mort survenait à une époque très variable, du huitième au soixante-troisième jour.

A l'autopsie, nous constations des nodules caséeux ou puriformes dans les viscères abdominaux, particulièrement dans la rate qui n'était pas hypertrophiée et dans le foie. A plusieurs reprises, nous avons observé dans les poumons des plaques ecchymotiques parsemées de nodules. La plèvre et le péritoine étaient intacts, parfois quelques granulations morveuses étaient disséminées sur cette dernière séreuse. Les deux feuillets de chaque vaginale étaient séparés l'un de l'autre par une couche plus ou moins épaisse d'une matière blanche et concrète qui enveloppait complètement le testicule demeuré sain.

Par les méthodes indiquées plus haut, il était facile de déceler dans toutes ces lésions la présence du bacille de la morve et l'absence du bacille de la tuberculose.

Voici maintenant le détail de cette première série d'expériences :

Le 11 octobre 1889, le *cobaye* nº 1 est inoculé sur le dos avec une aiguille chargée d'un peu du liquide sécrété par les ulcérations de la voûte palatine du malade. Peu de jours après, un nodule inflammatoire se développe au point d'inoculation : il s'ouvre et donne lieu à une ulcération circulaire. L'animal maigrit rapidement et meurt le dix-septième jour (28 octobre).

Le 28 octobre 1889, le *cobaye* nº 2 est inoculé sur le dos avec une aiguille chargée d'un peu de liquide provenant de l'ulcération dorsale du cobaye nº 1. Un noyau inflammatoire se forme au point d'insertion et s'ouvre le septième jour, faisant place à une perte de substance de forme circulaire. Cette ulcération est le point de départ d'une adénopathie suppurée de

l'aisselle gauche. Des ulcérations labourent les organes génitaux. Les fosses nasales, obstruées par des croûtes, contiennent du muco-pus en abondance. Les paupières sont ulcérées en certains points et agglutinées par du pus concret. Le dix-septième jour apparaît une paralysie du train postérieur portant sur la sensibilité et le mouvement. La mort survient le trente-deuxième jour (28 novembre). L'animal était alors dans un état de maigreur extrême; il avait perdu 190 grammes depuis l'inoculation. L'autopsie montra : 1° de très nombreux nodules miliaires dans la rate; 2° des foyers caséo-purulents siégeant dans les vaginales; 3° des ulcérations de la muqueuse nasale qui était baignée de pus; 4° une cavité anfractueuse contenant une grosse goutte de pus blanc jaunâtre et occupant deux corps vertébraux, vers la fin de la région dorsale. La moelle, à ce niveau, ne paraissait pas injectée, mais était moins ferme que dans les points sus et sous-jacents. Cette localisation tout à fait exceptionnelle explique la paraplégie. L'adénite axillaire ponctionnée pendant la vie et l'abcès vertébral contenaient de nombreux bacilles.

Le 23 novembre 1889, le *cobaye* n° 3 est inoculé sur le dos avec une aiguille chargée d'un peu de pus provenant de l'ulcération dorsale du cobaye n° 2. Apparition d'une petite tumeur inflammatoire qui s'ouvre le cinquième jour, se transforme en ulcération profonde et circulaire qui s'accompagne bientôt d'un gros ganglion dans chaque aine et chaque aisselle. Les ganglions inguinaux s'ouvrent ultérieurement et deviennent l'origine de petits ulcères très creux, taillées à l'emporte-pièce et circulaires. Les bourses sont volumineuses. Les pattes se tuméfient et l'animal meurt le soixante-troisième jour (7 janvier 1890). Cette longue survie tient à ce qu'à un moment donné l'ulcération dorsale a diminué comme si elle tendait vers la guérison; puis la lésion a repris sa marche extensive jusqu'à la mort. A l'autopsie, nous avons trouvé : 1° de nombreux nodules miliaires dans la rate, quelques nodules dans le foie; 2° des masses concrètes, d'aspect caséeux, remplissant les vaginales et ressemblant à de la matière tuberculeuse; 3° des ganglions axillaires, également caséifiés; 4° un vaste abcès de la face interne du membre postérieur droit. La tuméfaction énorme des pattes tenait à l'œdème des parties molles; les os et les articulations étaient intacts. Nous avons constaté les bacilles spécifiques dans les nodules de la rate, les ganglions axillaires, la vaginalite et l'abcès du membre postérieur. Dans ce dernier, ils étaient associés à des diplocoques.

Le 28 novembre 1889, le *cobaye* n° 4 est inoculé sur le dos, par injection sous-cutanée, avec une goutte de pus extraite, pendant la vie, de l'adénite axillaire gauche du cobaye n° 2. Ce pus, nous l'avons vu, renfermait de nombreux bacilles de la morve. Le chancre farcineux développé au point d'inoculation ne s'ouvre que le neuvième jour. Plus tard, un abcès sous-cutané s'ouvre à la périphérie de l'ulcération dorsale. Le quinzième jour un abcès du volume d'une noisette apparaît au-devant du pubis. Le pavillon de l'oreille droite s'ulcère. Une collection purulente surmonte la jonction des os propres du nez et du frontal; une autre occupe l'arcade sourcilière gauche. Du mucus agglutine les paupières. Les fosses nasales sont remplies de pus, ce qui occasionne un tirage intense. Les extrémités antérieures sont tuméfiées en forme de massue. L'animal, considérable-

ment amaigri, frissonne et se met en boule ; il meurt le vingt-neuvième jour (25 décembre). L'autopsie montre : 1° que la rate est littéralement farcie de nodules du volume d'un grain de chènevis, occupant une étendue plus considérable que les parties saines ; 2° que l'abcès prépubien contient un pus blanc, très épais ; 3° que la tuméfaction des pattes est causée par un liquide louche qui infiltre les parties molles ; 4° que la pituitaire est injectée, érodée, couverte de pus. Cette obstruction des fosses nasales était l'unique cause du tirage, car il n'y avait aucune gêne à la circulation de l'air dans la gorge, le larynx et la trachée. Nous avons obtenu de belles cultures sur gélose avec le pus extrait de l'abcès prépubien.

Le 17 décembre 1889, le *cobaye* n° 6 est inoculé sur le dos, par injection sous-cutanée, avec une goutte de pus de l'ulcération dorsale du cobaye n° 4. Le chancre farcineux s'ouvre le sixième jour, c'est une ulcération circulaire à bords taillés à pic. Les ganglions inguinaux se tuméfient et l'un d'eux s'ulcère ultérieurement. Deux collections prépubiennes apparaissent l'une à droite, l'autre à gauche de la ligne médiane. La narine droite est obstruée par des croûtes. La mort n'arrive que le cinquante-neuvième jour (15 février 1890). L'autopsie montre : 1° des nodules miliaires dans la rate ; 2° dans les poumons, cinq à six petites masses indurées du volume d'un pois, d'apparence ecchymotique, sur lesquelles tranchent dix à douze granulations miliaires blanches. Nombreux bacilles dans les lésions de la rate et des poumons. Cultures sur gélose et bouillon.

Le 7 mars 1890, le *cobaye* n° 11 reçoit, sous la peau du dos, deux centimètres cubes d'un bouillon de culture inoculé le 3 mars et provenant lui-même d'une culture sur gélose glycérinée faite le 16 février avec un nodule de la rate du cobaye n° 6. Ouverture spontanée du nodule farcineux le quatrième jour ; on en exprime un pus homogène, crémeux, épais. Les jours suivants l'ouverture s'élargit et se transforme en une ulcération circulaire, très régulière, à bords taillés à pic, à fond tapissé d'un bourbillon gris jaunâtre. L'animal meurt le huitième jour (15 mars 1890).

Autopsie : 1° en sectionnant les bords de l'ulcération dorsale, on reconnaît qu'ils sont décollés sur plusieurs points ; dans le voisinage, il existe, trois à quatre petits abcès bien circonscrits, du volume d'une lentille, contenant un pus épais et bien lié ; 2° la muqueuse des fosses nasales est recouverte d'un muco-pus abondant ; 3° la rate renferme deux à trois nodules morveux ; 4° les autres viscères, y compris les testicules et leurs enveloppes, ne présentent rien d'anormal.

Dans une seconde série d'expériences, nous avons utilisé pour les inoculations le pus des abcès de la joue, du bras et de la main, recueilli au moment où ces abcès ont été ouverts. La plupart de ces inoculations ont été faites sur des cobayes mâles, et comme la matière virulente était à peu près pure, nous avons fait nos injections directement dans le péritoine.

Cette manière de procéder, préconisée par M. Straus, est bien préférable à la première. En effet, quarante-huit heures après l'inoculation, nous observions d'une façon constante un gonflement des

bourses qui prenaient en quelque temps des proportions considérables. En pareil cas, nous avons vu la mort survenir dès le quatrième jour. Mais la vie peut se prolonger bien au delà ; une ulcération se fait alors au point culminant de chaque bourse et par ces fistules les vaginales évacuent une partie de leur contenu, de sorte que si la mort arrive tardivement, les bourses ont à peu près repris leur volume habituel. A l'autopsie, nous trouvions les testicules presque sains, mais entourés d'une matière blanche formant une coque plus ou moins épaisse de consistance variable, quelquefois aussi ferme que du tubercule cru, plus souvent demi-liquide et puriforme. Dans plusieurs cas, nous avons noté une infiltration hémorrhagique siégeant dans la queue de l'épididyme.

Comme l'a bien fait ressortir M. Straus, cette vaginalite caséo-suppurée est absolument *pathognomonique*, et *constante* quand l'injection est faite dans le péritoine. Elle manque, au contraire, assez fréquemment quand la matière virulente est insérée sous la peau. En outre, tandis que la vaginalite n'apparaît qu'assez tardivement dans le cas d'inoculation sous-cutanée, elle est déjà manifeste dès le second jour chez des animaux qui ont reçu la matière virulente dans le péritoine.

Nous croyons inutile de relater ici toutes nos expériences ; nous nous bornerons à rapporter celles qui nous paraissent les plus typiques.

Le 6 *avril* 1890, le *cobaye n°* 13 reçoit dans le péritoine 2 gouttes du pus de l'abcès de la main du malade. Le 6e jour, l'animal a perdu sa vivacité, frissonne par instants, a tendance à se ramasser en boule. L'ensemble des régions scrotale, pénienne et anale figurent une masse du volume d'une grosse noix. Le fourreau de la verge est œdématié. La partie malade est rosée, tendue, mais indolente à la pression. Le septième jour, la tumeur s'est encore accrûe, elle est maintenant fluctuante. La bourse gauche est ouverte avec une pointe rougie et de l'orifice on fait sourdre par pression un pus blanc, épais, crémeux, qui contient des bacilles très nombreux et sert à ensemencer des tubes de cultures. L'animal très affaibli meurt le treizième jour (19 avril 1890).

Autopsie : 1° dans le foie, trois à quatre gros nodules du volume d'un grain de chènevis à un pois, jaunes et fermes comme des tubercules crus ; 2° infiltrations hémorrhagiques circonscrites dans les poumons, ce sont probablement des infarctus ; 3° vaginalite double caséo-suppurée ; 4° pus dans la fosse nasale droite. Des pommes de terre ont été inoculées avec succès avec le pus de la vaginalite et le suc de la rate. Tous les nodules contenaient de nombreux bacilles.

Le 15 *avril* 1890, le *cobaye* n° 14 reçoit dans le péritoine environ une demi-goutte du pus de la vaginalite du cobaye n° 13, qui vient d'être ouverte avec une pointe rougie. Quarante-huit heures après, légère tuméfaction scrotale, prédominant à droite. Le septième jour, la masse scrotale forme une

tumeur rose, rénitente, indolente, du volume d'une grosse noix. Le onzième jour, elle acquiert le volume d'une mandarine; au point culminant de chaque bourse, on observe une coloration jaunâtre due à la matière caséeuse vue par transparence. Ce pus contient une quantité innombrable de bacilles; il sert à inoculer une pomme de terre sur laquelle se développe une culture caractéristique. Le quatorzième jour, un ulcère circulaire, taillé à l'emporte-pièce, siège au niveau de chaque bourse. Le vingt-sixième jour, l'animal très amaigri et très faible, a les paupières et les narines tapissées de croûtelles; il ne tarde pas à mourir.

Le 20 *avril* 1890, le *cobaye n°* 15 reçoit dans le péritoine un centimètre cube d'eau stérilisée, dans laquelle on a délayé un gros tubercule du foie du cobaye n° 13. Quarante-huit heures après, la tuméfaction scrotale est déjà notable; le sixième jour, elle égale le volume d'une grosse noix. Plus tard une ulcération circulaire occupe le point culminant de chaque bourse. L'animal a beaucoup maigri, il a perdu sa vivacité, se laisse prendre sans fuir; il est immobile, ramassé en boule, frissonnant; ses mouvements respiratoires sont précipités, son poil est terne et hérissé. Un liquide louche suinte des narines et des paupières. Les extrémités sont légèrement tuméfiées, notamment les antérieures. Mort le vingt et unième jour (11 mai 1890).

Autopsie : 1° le foie et la rate paraissent normaux; 2° vaginalite caséo-suppurée; 3° par la pression, on fait sourdre de chaque narine une très grosse goutte de pus.

Les développements dans lesquels nous sommes entrés nous autorisent, croyons-nous, à résumer comme il suit la série des opérations nécessaires pour arriver au diagnostic. Si l'on peut prélever sur l'individu soupçonné de morve un produit à peu près pur, celui-ci sera injecté directement dans le péritoine d'un cobaye mâle ; si, au contraire, le produit recueilli est impur et susceptible de provoquer des accidents de péritonite septique, on fera bien de faire l'inoculation sous la peau, on surveillera l'état des ganglions et dès qu'ils auront acquis un certain volume, on les extirpera et l'on injectera dans le péritoine d'un cobaye mâle le liquide qu'on en aura exprimé.

On voit, en somme, que le diagnostic, pour être établi expérimentalement, n'offre aucune difficulté sérieuse. Il n'est nullement nécessaire, comme on le pensait autrefois, d'avoir recours aux solipèdes pour être fixé. Néanmoins, nous avons jugé que ce surcroît de preuve ne serait pas inutile pour entraîner la conviction. Sur notre demande, M. Trasbot, directeur de l'école vétérinaire d'Alfort, a bien voulu pratiquer sur l'âne une inoculation avec une de nos cultures de pomme de terre et il nous a appris que cet animal avait succombé à la morve.

CONCLUSIONS

Nous tirerons de cette étude les conclusions suivantes :

1° L'infection farcino-morveuse peut se prolonger pendant six ans ; cette exception à la règle n'est pas absolument rare ;

2° La maladie peut, dans son cours, rester silencieuse pendant un certain temps ; la durée de cette accalmie, que Tardieu croyait être toujours de courte durée, peut atteindre trois années ;

3° On doit penser à cette infection quand on voit survenir, après une série prolongée d'abcès sous-cutanés ou intra-musculaires, des ulcérations des fosses nasales, de la muqueuse buccale ou du voile du palais et une tuméfaction douloureuse de l'un des sacs lacrymaux coïncidant avec un suintement purulent des narines ;

4° Les abcès farcineux peuvent, après s'être ouverts, se terminer spontanément par la guérison ; mais le fait est rare. En pareil cas, on peut constater, à l'aide d'inoculations, que le pus qu'ils sécrètent perd rapidement sa virulence. Les abcès qui deviennent fistuleux semblent au contraire garder indéfiniment la propriété de transmettre la morve ;

5° Les ulcérations farcineuses se produisent surtout sur les muqueuses buccale et pituitaire ; notre fait paraît être le premier cas où elles aient envahi et détruit les lèvres ;

6° Elles ont succédé, chez notre malade, à des néoplasies d'aspect inflammatoire, elles ne sont donc pas, comme le pensait Tardieu, nécessairement consécutives à des abcès : il n'y a pas eu de collections purulentes dans les lèvres de notre malade ;

7° Elles se différencient des ulcérations syphilitiques par leurs bords irréguliers et déchiquetés, fouillés et renversés, leur fond anfractueux d'où émergent des mamelons jaunâtres, leurs vastes décollements, la vive coloration rouge violet des parties qui les entourent, l'aspect huileux du liquide qu'elles sécrètent, et leur résistance au traitement spécifique. Leur puissance destructive est si considérable qu'elles peuvent aboutir en peu de jours à la disparition complète de la partie atteinte, telle que la lèvre supérieure, et amener une déformation étrange et hideuse ;

8° La poussée aiguë terminale peut avoir pour point de départ la pituitaire ulcérée ; elle se propage par les voies lacrymales, comme le fait l'érysipèle dans les mêmes conditions ; mais certains caractères permettent de la différencier d'une complication érysipélateuse ultime ;

9° Parmi ces signes différentiels, il faut signaler l'absence d'engorgement ganglionnaire, la formation d'eschares profondes avec destructions rapides des tissus et enfin une éruption pustuleuse qui peut rester limitée aux téguments du nez ;

10° Contrairement à la règle, la poussée de morve aiguë, ordinairement fort courte, peut dépasser quarante jours ;

11° Le pus du jetage et de l'ulcération labiale, le liquide qui suin-

tait du sillon d'élimination de l'eschare nasale, et tout particulièrement le pus de la conjonctive, étaient très virulents; au contraire, l'urine recueillie au moment de la poussée de morve aiguë et inoculée à des animaux a donné des résultats négatifs;

12° Dans toutes les sécrétions virulentes, nous avons trouvé le bacille spécifique de la morve mêlé à des espèces microbiennes plus ou moins nombreuses;

13° Dans le pus contenu dans des collections non ouvertes, le bacille était à l'état de pureté ou associé au staphylocoque;

14° Les deux moyens pratiques pour arriver rapidement au diagnostic de la morve sont les cultures sur pomme de terre qui prennent en quelques jours une couleur brun rougeâtre caractéristique, et les inoculations dans le péritoine de cobayes qui sont suivies du développement, dans les quarante-huit heures, d'une vaginalite caséo-suppurée caractéristique;

15° Le seul traitement efficace est la cautérisation avec le fer rouge (1).

(1) Nous publierons prochainement l'autopsie du malade qui fait l'objet du présent mémoire.

FARCINOSE MUTILANTE DU CENTRE DE LA FACE SURVENUE AU COURS D'UNE ÉQUINIA CHRONIQUE

DÉBUT PAR MORVE PULMONAIRE. — GOMME FARCINEUSE UNILATÉRALE SOLITAIRE. — MORVE RÉNALE. — MORT PAR LE REIN

par **M. Ernest Besnier.**

Communication à la Société française de Dermatologie.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une de ces mutilations du centre de la face que les anciens dermatologistes désignaient sous le terme générique de *lupus*, le thème classique actuel de la différenciation comprend exclusivement la lèpre, la syphilis, la tuberculose, dont le lupus actuel est partie intégrante, l'épithéliomatose, ou encore quelques lésions hybrides, syphilis et tuberculose, cancer et syphilis, pour ceux qui les admettent; mais il ne comprend pas la morve. Non pas que l'on ignore que l'équinia puisse déterminer, chez l'homme, des ulcérations du centre de la face, mais parce que l'on ne s'y représente cette maladie que dans sa forme aiguë, avec les lymphangites, les gangrènes, le coryza, le flux nasal, etc., et non sous une forme lente ou chronique, longtemps conciliable avec la conservation de la santé générale, et en dehors de tout état de septicité fébrile. C'est en raison de cette lacune de nos connaissances que l'on a pu méconnaître, jusqu'à présent, les cas de cet ordre, qui ne sont certainement pas d'une rareté absolue; j'ai, pour ma part, dans cet hôpital, la certitude de les avoir méconnus au moins deux fois, peut-être trois, avant la période bactériologique actuelle. S'ils ont été décrits, ou figurés, quelque part, je ne puis dire où, en ayant, vainement, cherché la trace.

Quoi qu'il en puisse être, cette obscurité ne doit pas durer, et elle aura cessé certainement à partir de la communication de MM. Hallopeau et Jeanselme, et après celle que je vais avoir l'honneur de vous faire.

J'avais formé le projet de présenter, dans cette session plénière, le malade qui en est l'objet; il a malheureusement succombé, il y a huit jours, un peu plus tôt que je ne l'avais supposé, et je ne pourrai mettre sous vos yeux que le moulage polychrome, et la photographie aquarellée des lésions dont il était atteint — Pièces 1513 et 1571 du Musée de Saint-Louis, et Photochromies n° 1571 *bis*, 1 et 2. — Mais ces reproductions équivalent, à bien peu de choses près, à la

réalité; elles sont merveilleuses d'exactitude et de précision, comme tout ce que produisent nos deux admirables artistes, Baretta et Méheux.

I. — Le malade était un jeune homme de vingt-cinq ans, successivement palefrenier, conducteur de chevaux et charretier, professions qui n'ont pas été connues d'emblée, car il avait déclaré qu'il était garçon marchand de vins. Il était venu à Paris pour se faire soigner, et entra à l'hôpital Saint-Louis au mois de mai 1890, présentant, au centre de la face, des lésions mutilantes qu'il disait exister depuis cinq mois seulement, et qui donnaient, tout d'abord, l'idée d'une syphilis térébrante; non pas qu'elles en présentassent sur tous les points le caractère strict, mais parce que, sur quelques-uns de ces points, la comparaison était possible.

Ainsi qu'on peut le voir sur la pièce 1513, moulée au moment de l'entrée du sujet, le centre de la face est occupé par une série ininterrompue d'infiltrations, d'ulcérations, et de pertes de substance qui, commençant à la partie médiane de la racine du nez, gagnent le canal lacrymal jusqu'à l'angle interne de l'œil droit, contournent le sac lacrymal ainsi que son atmosphère sous-palpébrale, détruisent une grande partie du dos du nez au-dessous, érodent le sillon naso-jugal droit, atteignent la lèvre supérieure qu'elles occupent dans sa totalité, en y creusant une vaste échancrure *en bec-de-lièvre*, laissant à nu le rebord gingival et les incisives médianes supérieures; s'étale à la face postérieure de ce qui reste de la lèvre, en se prolongeant vers les joues, franchit les interstices dentaires, et envahit la totalité de la voûte palatine, y compris le voile, mais ne s'étend pas au pharynx proprement dit. Quand j'aurai mentionné sur la paupière inférieure gauche une dépression cicatricielle avec ectropion léger, vestige d'un foyer éteint; sur l'avant-bras gauche, à la région postéro-interne, une large cicatrice adhérente au cubitus, dont j'aurai à reparler; et, sur le bras du même côté, à l'insertion inférieure du deltoïde, une cicatrice chéloïdienne consécutive à un cautère, j'aurai achevé le relevé complet des altérations existantes dont il ne me reste plus qu'à fixer, par quelques traits, les caractères propres.

II. — Sans exception, partout où il y a une lésion en acte, elle repose sur une base infiltrée rouge, livide, pâteuse, laquelle, envisagée dans le contour périphérique, représente une zone ininterrompue qui sépare leur ensemble de la peau saine, d'une manière vague et en se diffusant, dépassant toutes les altérations, alors même qu'il y a partiellement un ourlet ou un bourrelet. Cette zone livide apparaît mieux marquée sur la photographie aquarellée que sur la pièce moulée.

C'est sur cette base préalable, livide, pâteuse, que se développe la lésion élémentaire, le bouton farcineux, rapidement élevé sous

forme d'une saillie toujours de petit volume — d'un grain de millet à une lentille — et qui, rapidement aussi, se ramollit en teintant la nappe livide de petits points jaunâtres, au niveau desquels se fait une perforation qui laisse échapper un liquide puriforme abondant, peu concrescible. Très rapidement encore, cette surface ouverte s'accroît en se dentelant irrégulièrement; mais, au bout de peu de jours, ce mouvement s'arrête, et l'ulcération se continue insidieusement en dessous, décollante, et formant un ulcère creux, à bords infiltrés décollés, dont le fond est plus large que l'ouverture. A très peu de choses près, cette lésion est celle que l'on connaît, en vétérinaire, sous le nom de chancre farcineux, celle que l'on peut déterminer directement par première inoculation. Lorsque plusieurs de ces ulcérations coalescent, leurs bords de contact disparaissent, et c'est ainsi que se forment les pertes de substance qui ont détruit une grande partie de la portion droite du nez, où elles ont creusé une vaste fenêtre ovalaire, de 2 centimètres et demi dans son grand diamètre, à bords assez nets, cerclés par des ébauches cicatricielles, et laissant à nu la cloison des fosses nasales dans toute son étendue.

Mais, considérée isolément, chacune des proliférations tuberculo-gommeuses, véritables gommes farcineuses, n'a qu'une durée limitée; et tandis que son fond sécrète encore avec abondance le pus caractéristique, il se fait, à la périphérie, un processus d'arrêt, une sorte de bourgeonnement cicatriciel, laissant, au milieu des vastes ulcérations composites, un mélange tout à fait caractéristique de lobules, de mamelons, de toutes les formes, et de dimensions très variées, qui produisent un aspect irrégulièrement granuleux et déchiqueté, comme vermoulu, vraiment particulier. La lésion de la lèvre supérieure en donne la représentation la plus complète. Très rapide dans la première phase, ce processus devient tout à fait lent, chronique, dans les périodes suivantes, s'éternisant sur place, creusant en dessous, déchiquetant les bords, et — caractère de première importance — fournissant, en abondance, le pus jaunâtre qui remplit toujours les dépressions, et qui ne manque jamais, aussi longtemps que la lésion est en activité.

Sur tous les points, les deux processus de cicatrisation et de repullulation coexistent. Si l'on veut bien examiner successivement la pièce 1513 moulée en mai 1890, et la pièce 1571 moulée en février 1891, on verra sur le côté droit du nez qu'à la place d'ulcérations associées, larges, profondes, à fond étagé et à ourlet épithélioïde, ouvrant largement la joue et la face latérale du nez, en mai 1890; on ne trouve plus, en février 1891, au milieu d'une nappe livide infiltrée, qu'une perforation beaucoup moins grande, rétrécie par cicatrisation; mais, sur la zone externe de cette cicatrice, la bordure livide infiltrée s'est étalée dans toutes les directions et on y constate des cupules

farcineuses récentes, que l'on retrouve très bien indiquées sur la photochromie qui a été exécutée, aussi, en février 1891.

Considérée dans son ensemble, et dans son évolution chronologique, la lésion a reproduit le même caractère. Après avoir, en cinq ou dix mois (les évaluations du malade ont varié), occupé toute la surface qu'elle avait à la fin de la vie, elle est restée ensuite dix mois sans dépasser beaucoup la limite première, proliférant, détruisant, et réparant, sur place, selon un plan tout à fait caractéristique.

Mêmes remarques pour les lésions de la cavité buccale que nous avons suivies pendant des mois, sans voir s'élargir notablement leur cercle.

Sur la voûte palatine — examinez en la renversant la pièce 1571 — on voit sur un fond rouge tomenteux et ponctué d'un grand nombre de points cicatriciels déprimés, une série de dépressions, arrondies en cupule, du diamètre de 1 à 5 millimètres, occupées par un pus jaunâtre adhérent. Plusieurs sont polycycliques par réunion de cupules voisines. Cela était ainsi à tous les examens.

Partout, même à la voûte palatine, indolence absolue ; aucune doléance de la part du malade, pas de dysphagie proprement dite; pas de salivation; rien qui ressemblât à un jetage.

Le point où les lésions ont débuté — sur le côté droit du nez, là où existe la vaste perte de de substance — semble correspondre à la jonction du canal nasal et du canal lacrymal ; c'est par cette voie que l'infection morveuse du centre de la face paraît avoir fait invasion sur la face. Mais à aucune époque il n'y aurait eu de morve intra-nasale proprement dite, ni coryza, ni jetage ; nous n'avons jamais pu en constater nous-même.

C'est à la même époque, peut-être un peu avant, que s'est développée, à la région de l'avant-bras gauche, la lésion dont la cicatrice a été relevée plus haut, et qui a succédé à une gomme farcineuse, la seule qu'ait eue le malade et qui, après trois mois, s'est terminée par cicatrisation spontanée. Nous verrons tout à l'heure de quelle manière on peut reconstituer l'enchaînement des actes de ce drame morbide singulièrement obscur.

III. — Au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, il était impossible de ne pas, à l'examen des lésions, penser à l'existence d'une syphilis mutilante. A la vérité, les altérations de la lèvre supérieure étaient bien extraordinaires par l'irrégularité de leur contour et le mammelonnement de leur fond ; mais les lésions du nez, formées d'ulcérations polycycliques à fond étagé jaunâtre, à bords nettement figurés — pièce 1531 — avaient un aspect incontestablement syphilitique. Aussi, bien qu'aucun antécédent de syphilis ne pût être relevé chez le malade, en raison de la cicatrice de la région cubitale de l'avant-bras gauche, adhérente au périoste, et en tenant compte de la

rapidité avec laquelle s'étaient développés les accidents que, dans un premier interrogatoire, contredit ultérieurement, le malade ne faisait remonter qu'à cinq mois, était-il nettement indiqué de faire l'épreuve thérapeutique du traitement antisyphilitique. C'est ce qui fut fait à l'aide de frictions quotidiennes d'onguent napolitain à la dose de 4 grammes, et d'administration de l'iodure de potassium à la dose de 6 grammes par vingt-quatre heures.

Une certaine réduction des altérations sembla d'abord se produire : mais il fallut bientôt constater que les lésions restaient stationnaires, et abandonner le traitement et le diagnostic premiers. Chez ce malade, ainsi que chez tous ceux qui, arrivant à l'hôpital, sont soignés par un moyen quelconque, cette première amélioration momentanée peut donner un instant le change ; mais quand il s'agit réellement de lésions syphilitiques, l'action, un peu hésitante dans les premiers jours, s'accentue au contraire rapidement, et progresse de manière à lever bientôt tous les doutes. Voici — pièce 812 — le moulage d'un mutilé syphilitique qui se faisait traiter, de province à Paris par correspondance, aux soins d'un empirique connu ; entré dans mon service, et moulé en février 1882, il était guéri en mars ; voilà — pièce 821 — son moulage exécuté un mois après.

Ainsi qu'on le voit par cette pièce, et par ces photographies, il n'y a, en réalité, aucune analogie entre le cas de ce sujet et notre malade atteint de morve ; et la démonstration peut se continuer par la comparaison des principaux types de syphilis mutilante du centre de la face, contenus dans notre musée, — par exemple : pièce 477 de la collection de M. Péan ; pièce 769, du musée de Saint-Louis ; pièce 239, de la collection de M. Fournier, etc.

Le diagnostic de lupus, proprement dit, n'a jamais paru vraisemblable ; en aucun point des lésions, ou des tissus qui les environnent, il n'y a eu un seul élément imputable à la tuberculose lupique. Aucune analogie n'existe entre la suppuration profuse, constante, fluente des ulcères morveux, et la sécrétion concrescible des surfaces lupiques : on chercherait, en vain, dans la riche collection des mutilations lupiques du centre de la face de notre musée, rien qui ressemble au cas actuel par un point quelconque.

La supposition d'une tuberculose maligne naso-buccale ne supportait pas davantage l'examen ; nulle part, il n'y avait de granulation tuberculeuse ; les lésions étaient d'une indolence absolue ; il n'y avait aucun signe de bacillose pulmonaire, ou autre.

Rien, non plus, ne permettait de penser réellement à un cas d'épithéliomatose maligne, analogue, par exemple, à celui qui a été présenté par M. Vidal, en 1889, à la Réunion des médecins de Saint-Louis, et dont voici les pièces moulées : numéros 1454, 1457 ; l'indolence absolue des lésions, leur mollesse, leur suppuration profuse,

leur tolérance absolue de la médication iodurée et mercurielle, tout concourait à éloigner cette idée.

Il ne restait plus pour chance d'éclairer la question que l'étude bactériologique des altérations, et elle allait être exécutée, lorsque mon savant collègue, M. Hallopeau, au premier examen qu'il fit de mon malade, déclara, sans hésiter, que ces altérations étaient du même ordre que celles du sujet de son observation, et qu'il faisait, et donnait comme ferme, le diagnostic de farcin chronique. Mon savant collègue M. Quinquaud, qui a bien voulu se charger, avec le concours de M. le professeur Trasbot, des recherches d'inoculation aux animaux, vous exposera tout à l'heure avec quel luxe de preuves ce diagnostic clinique a été confirmé ; mais avant que ces expériences ne fussent terminées, l'examen du malade et son interrogatoire, remis dans la direction normale, aboutissaient à une certitude véritable. Sur le premier des deux ânes inoculés, les altérations étaient un peu lentes à se manifester, et M. le professeur Trasbot m'exprimait ses doutes, sans ébranler ma conviction.

IV. — Il me paraît hors de contestation que, pour tous ceux qui auront bien examiné les pièces et les dessins que je viens de produire, et qui, en présence d'un cas analogue, mèneront l'enquête dans la direction régulière, le diagnostic clinique de la farcinose chronique de l'homme pourra être aisément établi ; mais la morve, chez l'homme comme chez l'animal, est une maladie si essentiellement protéiforme, qu'il y aura toujours à compter avec les cas frustes, ou imprévus, et que l'étude bactériologique et expérimentale des cas d'ulcères de nature douteuse doit faire aujourd'hui partie de l'enquête dirigée par tous les médecins, pour un cas de ce genre. Grâce aux travaux de Saint-Cyr, d'Hertwig et de Galtier, de Straus, etc., etc., il n'est aucun praticien qui, réglée comme elle l'est aujourd'hui, ne puisse l'exécuter personnellement. L'inoculation aux animaux et les cultures sont les seuls moyens de certitude, car la recherche directe du bacille caractéristique, dans les tissus les plus manifestement morveux, dans le bouton farcineux le plus net, peut présenter des difficultés considérables, et même demeurer entièrement négative sur un élément de tissu qui, inoculé à un animal, déterminera cependant, chez celui-ci, une morve bacillaire extrêmement riche. Ces recherches ont autant d'importance, au point de vue du malade qu'un traitement appliqué près du début pourra peut-être sauver, que, sous le rapport des mesures de prophylaxie, qu'il y a urgence d'établir autour de lui. — Voici en très peu de mots leur principe et leur mode d'exécution.

Les recherches du professeur Saint-Cyr ont établi que l'âne constitue le meilleur terrain pour l'essai des produits supposés morveux : 99 fois sur 100, l'âne succombe dans un délai de cinq à vingt jours avec les lésions viscérales caractéristiques. Mais ce moyen de diagnostic est

assez onéreux, et on peut arriver à un résultat pratiquement suffisant, aisé et rapide, par l'inoculation au chien, chez lequel on obtient, dans l'espace de trois à cinq jours, un chancre morveux caractéristique très riche en bacilles spécifiques. L'inoculation — Hertwig et Galtier — doit être faite par friction sur une surface scarifiée superficiellement à la peau du front pour éviter que l'animal ne se gratte et ne lèche la plaie. L'accident — quand l'inoculation est faite à la peau — est purement local, et guérit sans compromettre l'existence de l'animal. Indépendamment des caractères du chancre morveux qui sont caractéristiques, on obtient ainsi la constatation facile des bacilles de la morve, lesquels ne peuvent être aisément décélés que dans les lésions aiguës. La culture sur pommes de terre permet très facilement, et très rapidement, de reconnaître les colonies d'une couleur jaune fauve caractéristique, arrivant à la teinte chocolat clair (1).

Straus a montré qu'inoculée dans la cavité péritonéale d'un cobaye mâle, la matière contenant le bacille de la morve détermine, dans les quarante-huit ou dans les soixante-douze heures, une tuméfaction des testicules. Et si, dans ces délais, on voit les testicules faire saillie à l'anneau, et se tuméfier, on sera déjà en droit d'affirmer, presque avec certitude, que l'animal qui a fourni le liquide d'inoculation est atteint de la morve. Du huitième au dixième jour, cette tuméfaction a acquis des proportions considérables, et l'animal succombe en quatre à douze jours, présentant les caractères de la morve (2).

Des résultats plus rapides encore peuvent être obtenus par injection sous-cutanée, à l'aide d'une seringue de Pravaz, sur le mulot ou sur la souris des champs, qui succombent avec des lésions viscérales caractéristiques dans le délai très court de quatre à quinze jours.

V. — Il ne me reste plus maintenant qu'à compléter, par quelques détails d'importance majeure, le tableau de ce cas remarquable :

C'est quatre ou cinq ans avant sa mort que le malade a contracté la morve, non seulement d'après les dates qu'il a assignées au moment où il a conduit et pansé un cheval morveux, mais encore d'après l'enchaînement et la série des phénomènes.

Le premier acte a été la *morve chronique pulmonaire*. Pendant plus d'une année, cet homme, jusque-là vigoureux et sans aucun antécédent tuberculeux, a été en proie à une toux incessante, avec sueurs nocturnes, expectoration abondante, perte de l'appétit, amaigrissement, perte des forces. Rien avant, — particulièrement pas de lésions

(1) Voy. Nocard, art. morve de l'*Encyclopédie d'hygiène* de Rochard (Paris, 1890), p. 96, et Thoinot et Masselin, *Précis de microbie médicale et vétérinaire*, art. morve, p. 227.

(2) J. Straus, *Archives de Médecine expérimentale et d'Anatomie pathologique*, 1re série, t. I, 1889, p. 460, et Essai de vaccination contre la morve, Contribution à l'étude de la morve du chie — *eod. loco*, p. 489.

nasales, pas d'épistaxis, pas de coryza ni d'écoulement nasal; après dix-huit mois ou deux ans, tout semblait rentré dans l'ordre. Si extraordinaire que cela paraisse, l'étude de la morve pulmonaire du cheval est encore plus étrangement latente. C'est alors que se place l'apparition de la gomme farcineuse de l'avant-bras gauche, que le malade déclarait contemporaine du début des lésions nasales, sans que nous ayons jamais pu obtenir de certitude sur la priorité de l'une sur l'autre.

Quant au début par le canal nasal droit, il nous paraît établi par le siège même de la lésion initiale et par la destruction de la paroi correspondante; depuis ce moment, c'est sur la peau, et surtout de haut en bas et d'avant en arrière vers la voûte palatine, que s'est fait le progrès et l'envahissement

Du début des accidents à la mort, il ne s'est jamais produit, en aucun autre point, des articulations, de la surface entière du corps, aucune des altérations que l'on peut observer dans le cours de la morve chronique. Un seul organe après le poumon, le rein, a été atteint, et il existait déjà au moment de l'entrée du malade, dix mois avant sa mort, une néphrite albumineuse, une oligurie paroxystique dont les paroxysmes, allant en se rapprochant et en s'aggravant, s'accompagnaient de dépression mélancolique, et résistaient à tous les moyens employés.

Depuis l'entrée du malade à l'hôpital jusqu'à sa mort, les lésions, qui, au début, avaient été rapides, n'ont progressé que très lentement; mais la formation des boutons farcineux et la suppuration étaient incessantes; l'affaiblissement, continu. Au moment des expérimentations sur la méthode de Koch, le malade, qui réclamait vivement les injections, a été trouvé trop faible pour y être soumis.

Parmi les divers pansements locaux, qui ont été, en très grand nombre, appliqués, l'iodoforme et le naphtol camphré ont été certainement les plus actifs pour réduire la suppuration, et limiter la formation des boutons farcineux nouveaux.

Au commencement de mars, l'action du naphtol camphré, appliqué sur toutes les surfaces en évolution avec grand soin par le malade lui-même, avait amené une diminution manifeste du processus farcineux; la suppuration avait diminué dans de grandes proportions; mais aussitôt un ganglion olivaire, indolent, de la région sous-parotidienne gauche se tuméfia et se ramollit, sans tendance à s'ouvrir au dehors, et sans aucune rougeur à la peau.

On avait commencé l'usage du naphtol camphré à la dose d'une goutte par repas à l'intérieur, quand se manifesta un dernier paroxysme oligurique, qui prit, dès l'abord, une grande intensité avec dépression vive. Le lait, la lactose, etc., restèrent sans effet; tous les toniques échouèrent et le malade succomba, en huit jours, à des acci-

dents de toxémie, urémique et morveuse, avec de la céphalée mixte, et des secousses convulsives dans la dernière journée — une dyspnée intense sans phénomènes fébriles. Voici le tracé de la température rectale de la dernière semaine : de 37,8 la température s'abaissa régulièrement chaque jour d'un ou deux dixièmes jusqu'à 37 et ne remonta que six heures avant la mort, où elle atteignit 38° centigr. dans le rectum.

VI. — L'autopsie pratiquée dans les délais les plus courts possible, après la mort, a donné, au point de vue macroscopique, les résultats suivants recueillis par mon interne M. Leredde.

Poumons emphysémateux en avant, congestionnés en arrière et aux bases, sans autre lésion quelconque. Aucune trace de tuberculose. Aucune granulation miliaire morveuse en aucun point. Intégrité des plèvres qui ne contiennent pas de liquide et sont libres de toute adhérence. Ganglions du hile, normaux; nulle ecchymose en aucun point. Larynx et épiglotte, fosses nasales, cornets, sains, entièrement.

Foie, 1 326 grammes, graisseux, noix muscade, sans granulations miliaires.

Rein, droit, 195 grammes; gauche 214; gros, mous, marbrés d'étoiles rouges sous la capsule.

A la section, congestion intense des pyramides. Substance corticale moins augmentée que la substance médullaire, présentant des vaisseaux très apparents, et un parenchyme lardacé friable.

Péritoine sain ; aucun ganglion apparent ni altéré dans le mésentère.

Rate, 105 grammes, sans aucune altération macroscopique.

Testicules, sains.

Tous ces détails, seulement au point de vue macroscopique, et sous la réserve de ce que montreront l'examen histo-bactériologique et les cultures ou les inoculations qui ont été faites avec le sang pris trois heures après la mort. Mais il est plus que probable que la plupart des organes déclarés sains à l'examen simple seront, au contraire, trouvés bactériologiquement altérés.

L'étude ultérieure de ces lésions aura un grand intérêt, en particulier au point de vue des observations à faire sur la nature de la néphrite morveuse, de la *morve rénale*, à laquelle a en réalité succombé le patient. Dire que mon savant collègue M. Quinquaud a pris charge de diriger et d'exécuter, sur ces points divers, les recherches nécessaires, est donner l'assurance qu'elles ne seront pas inutiles à l'histoire et aux progrès de nos connaissances sur la morve humaine.

DIAGNOSTIC DU CAS DE FARCINOSE A L'AIDE DE LA BACTÉRIOLOGIE ET DES INOCULATIONS AU COBAYE, AU CHIEN ET A L'ANE; DÉTERMINATION DE LA LÉSION HÉMATIQUE.

Par **M. Ch.-E. Quinquaud.**

Grâce à l'extrême obligeance de M. le Dr Ern. Besnier, nous avons pu faire une série de recherches relatives au cas de morve dont l'histoire clinique vient d'être exposée.

Voici l'ordre hiérarchique que nous avons suivi :

Le 20 *janvier* 1891, nous inoculons un cobaye avec du pus provenant de boutons farcino-morveux ulcérés de la racine du nez ; l'inoculation est pratiquée à la face interne de la cuisse droite. Quatre jours après, les ganglions inguinaux sont tuméfiés, puis l'animal maigrit et succombe le dixième jour ; à l'autopsie, on trouve une induration très nette au point inoculé ; un ganglion inguinal est converti en foyer purulent ; la rate est tuméfiée et parsemée d'une dizaine de granulations miliaires blanc jaunâtre; à l'œil nu, pas d'autres lésions viscérales. Dans le pus du ganglion, on voit un grand nombre de bacilles morveux se colorant par le bleu de méthylène : petits bâtonnets rigides, se colorant par le Ziehl, mais lentement. Ces mêmes micro-organismes ne se colorent pas par le procédé d'Ehrlich et se décolorent dans l'acide nitrique.

Le pus ensemencé sur pommes de terre dans le tube de Roux, placé à 36°, a formé une belle couche blanche, puis jaune et enfin brunâtre tout à fait caractéristique d'une culture de bacille morveux ; cette couche était bien développée le septième jour.

Avec cette culture pure, on fait des ensemencements successifs dans le bouillon et sur l'agar. Le bacille se développe sur tous ces milieux avec les caractères ordinaires.

Une inoculation dans le péritoine d'un cobaye suivant le procédé du professeur Straus donne naissance au développement des symptômes et des lésions de la morve avec vaginalite.

Le 18 *mars*, on injecte dans la saphène d'un chien adulte un centimètre cube d'une culture développée dans du bouillon ; dès le lendemain le chien est affaibli; il refuse les aliments, reste couché, puis il maigrit les jours qui suivent. Trois jours après l'injection intraveineuse de bacilles, en explorant la surface cutanée, on sent sous le doigt un grand nombre de petites nodosités superficielles, qui se déplacent avec le derme, d'autres sont plus profondes. L'animal succombe le 24 mars: à l'autopsie, on rencontre une multitude de boutons farcineux à différentes périodes d'évolution, les uns suppurant, à

ulcère cratériforme, sécrétant un pus sanieux, les autres non ulcérés; ailleurs on aperçoit des abcès hypodermiques multiples. Le foie est criblé de granulations morveuses; la rate est volumineuse et parsemée de nodules morveux purulents. La tunique vaginale contient du liquide citrin, dans lequel baignent quelques flocons fibrineux; les deux épididymes sont gonflés, rougeâtres et renferment plusieurs abcès puro-caséeux.

Le 22 *janvier*, nous inoculons avec le pus des boutons farcino-morveux de l'homme un autre cobaye, qui succombe au bout de huit jours, présentant à l'autopsie les mêmes lésions puro-caséeuses de la rate.

Enfin, le 26 *février*, nous avons conduit à Alfort le malade. M. le Professeur Trasbot a inoculé un âne dans son laboratoire avec le pus sécrété par les surfaces ulcérées de la lèvre supérieure: l'animal a succombé dans les délais classiques avec les symptômes et les lésions de la morve aiguë.

Tous ces faits de pathologie expérimentale et de bactériologie démontrent d'une manière mathématique que le malade de M. Besnier est atteint de morve.

De plus, des cultures pures sont filtrées à travers le filtre Chamberland et leur injection sous la peau et dans le péritoine du cobaye détermine une intoxication générale, à laquelle les animaux succombent, mais sans présenter nulle part les lésions de l'affection farcino-morveuse.

Chez ce malade le ganglion situé près de l'angle de la mâchoire à gauche contenait du pus dont la culture sur pomme de terre a présenté les caractères ordinaires; inoculé à un cobaye, il a produit les lésions classiques farcino-morveuses. De plus, on voit sur les coupes histologiques des bords des ulcères de très belles cellules géantes; tandis que les lésions rénales sont peu apparentes. Les altérations nasales siégeaient surtout dans les parties superficielles de la muqueuse.

Reste à déterminer les effets de la morve sur le sang.

Les *lésions hématiques*, chez cet homme, étaient caractérisées comme il suit :

A son entrée dans le service de M. Besnier, le nombre des globules rouges étaient de 3 860 000, les globules blancs de 5 600; on note 78 grammes d'hémoglobine p. 1000. Vers la fin de la maladie, les hématies étaient descendues à 2 970 000; le nombre des leucocytes s'élevait à 6 000, c'est-à-dire un globule blanc pour 495. La capacité respiratoire s'abaissait à 105 centimètres cubes et l'hémoglobine à 55 p. 1000; les albumines du sang avaient notablement diminué ; tandis que la glycose du sang subissait une légère augmentation : 100 grammes de sang renfermaient $0^{gr},084$ de glycose (normale 0 ,040 à $0^{gr},065$).

La morve chronique a donc produit une hypoglobulie, une diminution considérable de l'oxygène, de l'hémoglobine, une désalbuminémie, une légère hyperglycémie avec augmentation de l'urée dans le sang. — La pression artérielle était descendue de 17 à 12,5.

Enfin on a ensemencé les tissus et les humeurs, y compris l'urine de cet homme; et les cultures sont toutes restées stériles.

Nous tenons à remercier nos aides, MM. Nicolle et Veillon, de leur intelligent concours.

En résumé, ces recherches précisent le diagnostic, font connaître le mode d'action de l'agent infectieux de la morve et arriveront bientôt à être utiles pour le traitement de cette terrible maladie.

DOCUMENTS SUR LA SYPHILIS HÉRÉDITAIRE

Par le Dr **L. Jullien**

Chirurgien de Saint-Lazare.

Communication à la Société de Dermatologie.

La statistique que j'ai l'honneur de vous présenter comprend l'observation de 43 ménages syphilitiques, ménages vrais ou faux, de la classe la plus humble, fréquentant la consultation de l'hôpital Trousseau, alors que j'en avais été chargé par le professeur Lannelongue. Je recueillais les renseignements qui vont suivre à propos de la présentation d'un enfant syphilitique ; je ne présente donc nullement l'ensemble des résultats à attendre d'une union où la syphilis est entrée, mais seulement ceux dans lesquels l'hérédité de la diathèse a joué un rôle, si restreint qu'il ait été, puisque c'est à cette seule occasion que j'ai pu connaître ces faits. J'ajoute que les renseignements que je tiens pour la plupart de la mère, plus rarement du père, n'offrent pas une exactitude scientifique absolue ; je crois cependant qu'ils sont vrais dans leur ensemble.

Ma statistique comprend 206 grossesses, ou mieux 206 fœtus, car il y a dans le nombre quelques grossesses gémellaires.

L'évolution de ces 206 fœtus a été interrompue trente-six fois avant terme, soit dans un cinquième des cas. Huit enfants sont morts à la naissance ; 162 ont vécu plus ou moins longtemps ; mais 69 sont morts en bas âge, si bien que nous nous trouvons immédiatement en présence de ces chiffres effrayants : 113 *morts* sur 93 *vivants*.

Le tableau suivant donne le résumé de ces résultats que nous allons maintenant examiner avec quelque détail :

Avortements.	Pas de date mentionnée	7	36	113
	Un mois	1		
	2 mois	5		
	3 —	4		
	4 —	4		
	5 —	1		
	6 —	3		
	7 —	5		
	8 —	6		
Mort-nés			8	
Morts depuis la naissance en bas âge			69	
Vivants syphilitiques		50	93	
Vivants, en bonne santé		43		

Avortements. — Ils sont relativement peu nombreux, mais on voudra bien se rappeler que les femmes, et elles ne sont que trop fréquentes, qui, de par la syphilis, ont toujours vu leurs grossesses interrompues avant terme, échappent complètement à ma statistique, laquelle ne comprend à la vérité, et c'est terrible à dire, que les cas relativement bénins. L'accident se montre surtout au commencement ou vers la fin de la grossesse. Je compte en effet 6 cas dans les deux premiers mois, 8 dans les troisième et quatrième, 4 seulement dans les cinquième et sixième, 11 dans les septième et huitième. Dans bon nombre de mes observations, on peut noter la progression classique bien connue conformant la *loi de décroissance* formulée par Diday : avortement hâtif, fausse couche tardive, mort-né, enfant à terme mais syphilitique, enfin sujet vivant bien conformé et sain. Mais — est-ce la mauvaise hygiène de mes clients, ouvriers, exposés à toutes les fatigues, à toutes les privations, est-ce l'abandon ou l'irrégularité, ou l'absence complète de traitement qu'il faut incriminer chez beaucoup? — j'ai vu la naissance d'un enfant à terme suivie de nouvelles fausses couches, un aîné indemne ne présager point forcément bonne santé pour ses cadets. Tel est le cas mis en relief dans mon observation XIII et qui se résume ainsi : Premier, mort-né; deuxième, mort-né; troisième, mort à six semaines; quatrième, avortement à sept mois; cinquième, mort à six semaines; sixième, avortement à huit mois et demi; septième, mort à six semaines; huitième, syphilitique, gravement atteint. — Tel est aussi le cas de l'observation XV : Premier, avortement à sept mois; deuxième, enfant vivant, bien portant; troisième, avortement à trois mois; quatrième, mort à quatre mois; cinquième, enfant bien portant; sixième, hérédo-syphilitique. Comme on le voit, il s'établit souvent une sorte d'alternance susceptible de se prolonger plus ou moins longtemps; ou bien, comme dans mon observation XXIV, c'est une série d'avortements se reproduisant, presque toujours les mêmes, à la même période de la grossesse, et tuant 13 enfants sur 15 dans un ménage. Il est vrai que j'ai pu constater que dans cette union le père et la mère étaient syphilitiques : Résultats : 15 grossesses; 2 enfants, un franchement syphilitique âgé de deux ans et demi, l'autre âgé de vingt ans et noté comme maladif. Inutile d'ajouter que nous trouvons parmi nos malades la contre-partie et la preuve de l'origine syphilitique de ces avortements, c'est-à-dire les observations de femmes contagionnées accidentellement, soit par un nourrissage, soit par le fait d'un second mariage, et qui, ayant pu donner le jour à de beaux enfants dans une première période, n'ont plus connu par la suite que fausses couches, mort-nés ou naissances d'êtres gravement atteints par le virus.

Mortalité des enfants de syphilitiques. — Un fait que mes observa-

tions mettent particulièrement en relief, c'est l'effroyable mortalité des fils de syphilitiques. Ce n'est certes point une nouveauté, cette particularité est bien connue, il en a été question dans une de nos précédentes séances de la Société de Dermatologie au cours d'une fort intéressante présentation de M. Raymond, et M. le professeur Fournier a bien souvent insisté sur ce point; aussi bien ne présenté-je ici qu'une confirmation de ces vues, mais une confirmation vraiment éclatante. En effet, sur 162 enfants venus à terme vivants, je compte 69 morts et 93 survivants. Encore dois-je noter que beaucoup de mes petits malades étaient alors en fort bas âge quand je les observai, et qu'à l'heure qu'il est, j'en suis convaincu, bon nombre des prétendus survivants sont venus grossir la colonne des morts.

Comment meurent ces enfants, c'est ce que j'ai essayé de déterminer de mon mieux, d'après les renseignements des parents; car je n'en ai, pour mon compte, vu mourir qu'un très petit nombre.

Voici d'abord le cas d'une femme qui vient à la consultation avec un enfant hérédo-syphilitique gravement affecté. Elle porte tous les stigmates de la syphilis, le nez affaissé, la gorge tertiaire, des cicatrices de toutes parts. Cette femme a été mariée deux fois et a eu 20 grossesses; mais, bien qu'aucune ne se soit terminée prématurément, il ne lui reste aujourd'hui que trois survivants : 20 *enfants*, 3 *vivants*, 17 *cadavres*. On ne sait s'il faut plus admirer la persévérance de cette courageuse mère ou la ténacité du virus. Ces 17 morts, à l'en croire, incombent toutes à la méningite, mais il est vrai, ajoute-t-elle, que tous ces enfants furent couverts de boutons. Voici une autre femme qui compte 9 morts, 1 avortement, 5 enfants vivants (observation XXV), une autre qui énumère 10 morts, 1 avortement, 3 vivants. Les causes de mort sont ainsi notées :

Méningite	21	69
Convulsions	8	
Maladies de la gorge, croup	12	
Diarrhée, atrepsie	5	
Pneumonie	2	
Fièvre typhoïde, rougeole	3	
Érysipèle	1	
Tuberculose pulmonaire	1	
Syphilis	1	
Cause indéterminée	15	

Il est bien certain que la *méningite* couvre, ainsi que les convulsions, pour les parents et même aussi pour nombre de médecins, une notable quantité de diagnostics équivoques. On ne sera pas moins frappé de voir que ces graves accidents emportent *près de la moitié des fils de syphilitiques.* Une autre cause de mort qui, par ordre numérique, vient immédiatement après, c'est toute la série des angines représentant, dans l'immense majorité des cas, les manifestations de

la diphtérie, le croup, si fréquent d'ailleurs à Paris. C'est un point qu'avait bien indiqué M. P. Raymond. Bien qu'ayant été recueilli dans un milieu et dans des conditions spéciaux, je suis heureux de constater à quel point mes documents donnent la preuve de l'assertion qu'il avait émise incidemment lors de la communication à laquelle j'ai fait allusion.

Les autres causes de mort mentionnées ici n'offrent aucune particularité digne d'être relevée, car elles ne semblent pas se présenter en plus grande proportion que dans les tables ordinaires de la mortalité infantile.

J'ai passé en revue les deux premières parties de ma statistique, concernant les avortements et les morts. Resterait à vous présentes le tableau des survivants. Mais ces derniers sont trop bien connus dans leurs manifestations et l'avenir si précaire qui leur est réservé, pour que j'entre en de longs développements à leur égard ; je n'en retiendrai que quelques points spéciaux qui feront l'objet de communications ultérieures.

HÉRÉDITÉ SYPHILITIQUE

OBSERVATIONS D'ÉVOLUTION ANORMALE

Par **Ferras,**

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Communication à la Société de Dermatologie.

A la réunion du 5 février, notre collègue M. le D[r] P. Raymond a présenté une observation fort intéressante d'évolution anormale dans l'hérédité syphilitique. — MM. Fournier et Besnier, qui avaient observé des faits de ce genre, ont insisté, en outre, sur le manque de résistance chez de nombreux enfants, nés de parents syphilitiques, mais épargnés en apparence par la syphilis ; et à propos de cette communication ils ont signalé l'utilité de publier encore des observations analogues, afin que l'attention de tous fût éveillée sur ce point : — que l'hérédité dans la syphilis ne suit pas un mode invariablement décroissant à mesure qu'on s'éloigne des premiers accidents. — En effet, après avoir eu des enfants sains, les parents, anciens syphilitiques, incomplètement traités, ne sont pas à l'abri d'accidents prochains ou éloignés, et si la syphilis ne se manifeste pas, chez eux, par des accidents, elle peut faire un retour offensif sur la personne des en-

fants, atteignant ceux-ci — avant ou après la naissance — quand un ou plusieurs avortements consécutifs n'ont déjà pas trahi l'énergie de l'infection paternelle assez souvent; maternelle, presque toujours. — Voici quelques-uns des faits d'évolution anormale que nous avons observés :

I. — 1876. Homme, 34 ans; syphilis, 1861. Mariage, 1868, sept ans après : premier enfant, sain; deuxième enfant, syphilitique. — Traitement régulier du père et de la mère, six mois : troisième enfant, sain; quatrième enfant, sain.

II. — 1877. Homme, 37 ans; syphilis, 1865. Longtemps traité par Ricord. Mariage, 1873, huit ans après : 1874, premier enfant, sain; 1875, deuxième enfant, sain; 1876, onze ans après le début de la syphilis, troisième enfant, syphilitique; guéri des accidents par le traitement dirigé par MM. les docteurs Thorel et Jules Simon.

III. — 1884. Homme, 38 ans; syphilis, 1867. Mariage, 1871. Quatre ans après, premier enfant, vivant; deuxième enfant, vivant; 1875, troisième enfant, mort de méningite (?); quatrième enfant, mort-né; cinquième, enfant vivant. Cet homme a eu, en 1874, une poussée syphilitique à l'amydale gauche et au voile du palais. Larges cicatrices visibles en 1884.

A propos de cette dernière observation, où le troisième enfant est mort de méningite, je citerai un autre fait que j'ai noté en 1877 :

IV. — Femme, 25 ans. Mariage en 1873, huit ans après la syphilis du mari, âgé de 35 ans. Syphilis évidente de la femme, de suite après le mariage : exemple assez rare de contagion directe tardive; 1874, première grossesse : fausse couche, troisième mois; 1875, deuxième grossesse : enfant à terme, vivant; 1876, cet enfant meurt de méningite de nature douteuse.

Devant ces faits de méningite chez des enfants issus de parents syphilitiques, alors que l'hérédité tuberculeuse ne peut être invoquée; et vu les faits nombreux de méningo-encéphalite chronique, de nature syphilitique, chez les adultes, n'est-on pas en droit de croire qu'il s'agit, dans ces cas, de méningite aiguë syphilitique? — A l'anatomie pathologique, d'infirmer ou plutôt de confirmer ces vues cliniques.

Après une série nombreuse d'enfants syphilitiques, la naissance d'un enfant sain, en apparence, n'implique nullement que l'énergie de l'agent syphilitique est éteinte. Voici une observation à l'appui de ce fait :

V. — 1882. Femme, 54 ans. 1845, à 17 ans, syphilis de son mari, mort depuis aliéné (?) à la maison de santé Foville-Delaye (Toulouse) : première grossesse, fausse couche, troisième mois; deuxième grossesse, enfant mort-né; troisième grossesse, fille morte en naissant; quatrième grossesse, garçon, syphilis, mort deux mois après; 1863, cinquième grossesse, fille, âgée de 19 ans, très délicate; 1878, ménopause; 1880, poussée tuberculo-squa-

meuse, à la face; 1881, généralisation de la poussée, sauf à la région dorsale, anémie grave, amaigrissement malgré un appétit dévorant. Poids, 48 kil. 210 gr., énervée, agitée; insomnie, douleurs généralisées.

J'ajouterai deux observations de syphilis héréditaire anormale par l'époque des manifestations.

VI. — 1886. Garçon de 10 ans, parents syphilitiques. Jusqu'à l'âge de 5 ans, bonne santé, développement normal; à 5 ans, arrêt; de sorte qu'en 1886, à l'âge de 10 ans, il présente la taille et les forces d'un enfant âgé au plus de 6 ans; intelligence assez vive : il vient de remporter quatre prix à l'école primaire; nanisme dentaire; pas une dent de la première dentition n'a été changée.

VII.— 1879. Jeune fille, 15 ans; accompagnée par son père, ancien syphilitique; première enfance très délicate; maladies nombreuses; à 15 ans, grande, très anémiée; rien de particulier aux yeux, ni aux dents; aucun attribut scrofuleux. Depuis quelque temps, gommes aux membres inférieurs; outre cicatrices récentes, deux ulcérations, à bords non décollés, en voie de réparation, à la jambe gauche. 13 juillet 1879, gomme, volume d'une grosse olive et en plein développement à la face antéro-interne du tiers inférieur de la cuisse gauche; quatorze jours après, gomme abcédée, bords à pic, bourbillon; bientôt ulcération cicatrisée sous l'action du traitement Hg-KI et S; poussée gommeuse arrêtée, et quarante-deux jours après menstruation s'établit; état général bien meilleur.

En résumé, dans la question de l'hérédité de la syphilis active, à côté de la marche habituelle, plus connue, traduite ainsi :

1° Grossesses ne dépassant guère le troisième mois;
2° Avortements du sixième au neuvième mois;
3° Grossesses à terme, mort-nés;
4° Enfants vivants de quelques heures à quelques jours;
5° Enfants morts le premier ou le deuxième mois;
6° Enfants mourant dans la première ou la deuxième année, parfois de méningite de nature peut-être spécifique;
7° Enfants vivants, peu intelligents, parfois idiots, d'autres simplement délicats et lymphatiques.

Il faut consigner les suivants :

1° Enfants sains dans les premières grossesses;
2° Enfants syphilitiques dans les grossesses consécutives, coïncidant avec des retours offensifs, visibles ou cachés chez les parents;
3° Enfants sains après cet ou ces enfants syphilitiques;
4° Enfants sains en apparence dans les premières années, subissant des arrêts de développement dans la première enfance;
5° Accidents syphilitiques, nuls à la naissance, paraissant après la cinquième, la dixième, la quinzième, la vingtième année et au delà.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

COMPTE RENDU ANALYTIQUE

DEUXIÈME SESSION TENUE A PARIS LES 2, 3 ET 4 AVRIL 1891.

SÉANCE DU 2 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE MM. E. BESNIER ET LAILLER.

Au début de la séance, M. Hardy a été nommé président honoraire en remplacement de M. Ricord, et M. Lailler a été élu président à l'unanimité des voix.

Hypertrophie congénitale de la main.

M. Richardière. — Il existe deux variétés d'hypertrophie congénitale de la main. Dans une première variété, qu'on pourrait appeler hypertrophie vraie de la main et des doigts, l'augmentation de volume porte sur les parties constituantes de la main. Les parties molles, les tendons, les os eux-mêmes sont augmentés de volume. Dans une deuxième variété, à laquelle conviendrait le nom de fausse hypertrophie de la main et des doigts, l'augmentation est due au développement anormal du tissu cellulaire et de la graisse sous-cutanée. C'est un cas de ce genre que je présente. Vous pouvez constater sur ce moulage une hypertrophie de la main droite et des doigts, à l'exception de l'annulaire, qui est resté normal.

Cette hypertrophie porte sur le diamètre transversal de la main et des doigts. Le diamètre longitudinal n'est pas modifié. L'augmentation du volume est due au développement du tissu cellulaire sous-cutané et de la graisse. Les os ne participent pas à l'hypertrophie.

Il n'existe aucun trouble trophique de la peau. Les vaisseaux sanguins sont normaux. Cette hypertrophie est congénitale. Les parents n'en étaient pas atteints. Les fonctions de la main n'ont pas été modifiées par ce vice de conformation. Pour expliquer cette anomalie de conformation, il n'est pas possible de penser à une altération éléphantiasique. En effet, la peau est absolument saine ; les vaisseaux lymphatiques ne paraissent pas altérés. On ne peut invoquer un trouble trophique d'origine nerveuse. Le système circulatoire ne peut non plus être mis en cause. Les artères sont normales ; les veines ne sont pas plus développées à droite qu'à gauche. Tout se borne à une infiltration de graisse entre la peau et les parties osseuses. Il semble donc que cette altération de la main rentre dans la classe des tumeurs graisseuses diffuses. Nous pensons qu'il s'agit d'un lipome diffus généralisé à toute la main.

M. Du Castel. — Au premier abord, ce malade pourrait être considéré

comme très analogue au malade de M. Charcot, que j'ai présenté à la dernière séance. En réalité, il n'en est rien. Cette main a gardé sa coloration normale; sa face dorsale n'est pas tuméfiée; il n'y a pas de troubles trophiques; l'hypertrophie en est molle. Chez mon malade, au contraire, la main est violacée; l'hypertrophie est dure; il y a des troubles trophiques. L'un paraît ressortir au lipome, l'autre à l'éléphantiasis. Leurs points de contact sont la forme générale de la main et des doigts et l'origine congénitale.

Persistance de la perméabilité des voies lymphatiques dans certaines variétés d'adéno-lymphopathies.

M. Morel-Lavallée. — A côté des variétés de lymphangite *tronculaire*, *réticulaire* ou *fasciculaire*, en *placards* ou *marginée*, *tronculaire noueuse* de nature bacillaire, il en existe encore une autre variété, peu étudiée jusqu'à ce jour; elle est caractérisée par la perméabilité et l'intégrité apparente des troncs lymphatiques; c'est la *lymphangite ampullaire*. J'en ai présenté un cas à la Société médicale des hôpitaux (juillet 1887).

Si l'on se reporte à ce qui se passe pour le chancre simple, on peut constater que dans certaines circonstances il se forme plusieurs petits abcès sur le trajet du tronc lymphatique qui reste sain. Si le virus chancrelleux s'attaquait à toute la longueur du tronc lymphatique au lieu de se localiser à certains points, nous aurions non plus des cavernes chancreuses, mais une rigole chancreuse ininterrompue, allant du chancre simple à la première étape ganglionnaire.

Ces faits montrent qu'il existe une variété de lymphangite avec intégrité au moins apparente, en tout cas avec perméabilité persistante du tronc lymphatique conducteur.

Selon la nature de l'agent infectant les ampoules suppureront, deviendront chancreuses ou formeront des tumeurs gommeuses; seulement dans l'état actuel de la science on ne peut affirmer que toutes les lymphangites ampullaires à tumeurs gommeuses appartiennent à la tuberculose. La morve, la lèpre, d'autres infections encore sont peut-être capables de reproduire ce type clinique.

Ce fait de la perméabilité persistante des voies lymphatiques dans certaines lymphangites ne comporte pas seulement un intérêt puissant au point de vue du diagnostic et du pronostic, mais encore au point de vue thérapeutique.

M. Felizet, ayant fait plusieurs fois des injections interstitielles de teinture d'iode dans des ganglions du cou, avait été frappé de ce fait que chaque fois la douleur se montrait, du moins à son maximum, non au niveau du ganglion injecté, mais à un point situé plus bas et plus profondément à la racine du cou. L'effet curatif visé n'en était pas moins obtenu. M. Felizet en a inféré que l'iode avait dû pénétrer beaucoup plus loin dans la chaîne ganglionnaire et que le point douloureux correspondait sans doute à un ganglion en aval qui avait réagi plus que ceux qui le précédaient.

M. Felizet a tenté d'utiliser cet enseignement pour le traitement de la

tuberculose ganglionnaire, et en particulier de l'adénopathie trachéo-bronchique et il a toujours observé :

1° Le gonflement et l'endolorissement des ganglions en aval, le jour même de l'injection;

2° L'aggravation des crises dyspnéiques correspondant aux injections et vraisemblablement en rapport avec une tuméfaction des ganglions bronchiques.

Des faits que je viens d'exposer, je crois pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° Il existe une variété de lymphangites segmentaires constituée par une série de dilatations étagées sur le trajet des troncs lymphatiques sans interposition entre elles d'un cordon dur ininterrompu. On peut lui donner le nom de lymphangite ampullaire ;

2° Les voies lymphatiques peuvent être le siège d'altérations ou inflammations de divers ordres et de nature différente et conserver cependant tout ou partie de leur perméabilité. Le fait a été observé par M. Ricord pour le chancre simple, par M. Fournier pour le chancre induré, par MM. Verneuil et Clado pour l'angioleucite à streptocoques, par moi-même pour l'angioleucite tuberculeuse, par M. Felizet pour les adénopathies tuberculo-caséeuses ;

3° Cette perméabilité peut être utilisée dans un but thérapeutique pour la diffusion d'un agent curateur dans ces voies lymphatiques altérées, ainsi que cela l'a eté depuis 1887 par M. Felizet pour le traitement de l'adénopathie trachéo-bronchique tuberculeuse.

Documents sur l'hérédité syphilitique.

M. Jullien fait sous ce titre une communication que l'on trouvera *in extenso* page 308.)

Hérédité syphilitique; observations d'hérédite anormale.

M. Ferras. — (La communication de M. Ferras se trouve *in extenso* page 311.)

M. Augagneur. — Les communications de MM. Jullien et Ferras contiennent des observations qui peuvent se classer dans des catégories distinctes.

Celles de M. Ferras sont des cas de syphilis héréditaire tardive; elles ne peuvent mériter le nom d'anormales, cette évolution de l'hérédité syphilitique étant parfaitement connue et classique aujourd'hui.

Dans une autre série de faits nous voyons des enfants de souche syphilitique succomber à la méningite, à la diphtérie ou à tout autre maladie infectieuse. Quel est dans ces circonstances le rôle de la syphilis des générateurs? S'agit-il de manifestations véritablement spécifiques, ou de lésions tuberculeuses des méninges auxquelles la syphilis a préparé le terrain? La question est intéressante, et trop peu étudiée pour permettre une conclusion.

Enfin, dans une dernière classe, nous rangerons les observations de

syphilis héréditaires, qui échappent à la loi, dite de *décroissance*, édictée jadis par M. Diday.

L'idée que je me fais de la syphilis héréditaire me montre clairement le mécanisme de ces dérogations. J'assimile, et je ne connais pas d'autre fait à invoquer, l'infection syphilitique passant de la mère à l'enfant à l'infection charbonneuse et à l'immunité fœtale chez les femelles atteintes de charbon bactéridien. MM. Straus et Chamberland ont montré que l'immunité fœtale est due au passage au travers du placenta de bactéridies charbonneuses. Ces migrations sont très irrégulières; une même portée contient des fœtus morts, des fœtus vaccinés, des fœtus sans immunité. S'il en est de même pour la syphilis, on conçoit aisément que le virus maternel, influencé par le traitement, par l'ancienneté, ou telle autre cause, puisse avoir une puissance filtrante transplacentaire variable dans des grossesses successives. Les exceptions à la *loi de décroissance*, loi basée sur la moyenne des faits, n'ont donc rien de bien surprenant.

M. Barthélemy. — Il n'est pas nécessaire d'invoquer toujours le passage de l'agent pathogène de la syphilis à travers le placenta. M. Bouchard me disait dernièrement à propos de la syphilis atténuée de la mère qu'il attribuait plutôt cette vaccination au passage des produits solubles ou *toxines*.

Relativement à la fréquence des méningites, je rappelle que les médecins anglais ont observé des guérisons par frictions mercurielles; il s'agissait là de méningites syphilitiques et non tuberculeuses. Cependant je reconnais aussi la fréquence de la méningite tuberculeuse chez les hérédo-syphilitiques; j'ai même remarqué que la tuberculose s'observait dans la syphilis acquise.

M. Gaucher. — Contrairement à ce que paraît croire M. Augagneur, je pense que les lésions hérédo-syphilitiques des méninges existent et qu'elles peuvent guérir, j'en ai vu un cas dernièrement. Ces méningites ne sont donc pas toujours tuberculeuses.

M. Augagneur. — Je ne conteste pas l'existence des méningites syphilitiques; je trouve seulement qu'elles sont encore mal connues, au point de vue anatomo-pathologique surtout.

M. Jullien.— Je crois beaucoup moins que M. Barthélemy à la complication fréquente de la syphilis par la tuberculose. La tuberculose pulmonaire est signalé pour un seul cas dans la statistique que je présentais tout à l'heure.

Traitement des tuberculoses ganglionnaires par les injections d'huile créosotée à hautes doses.

M. Burlureaux. — Mes études sur ce sujet remontent à 1889, mais les injections ont été faites à doses massives à partir seulement du jour où j'ai eu à ma disposition l'appareil que j'ai présenté à la dernière séance. De ces travaux il résulte que les adultes atteints d'adénites du cou, trop volumineuses pour être justiciables de l'intervention chirurgicale, peuvent être réduites considérablement et sans suppuration après un traitement qui varie de un à six mois, suivant l'ancienneté et l'importance de l'affection.

Un malade, traité pendant six mois, a pris par la peau 4 kilogr. 200 d'huile créosotée à 1/15 sans le moindre dommage. Celui que je vous pré-

sente a été guéri, après vingt-cinq injections, d'adénites qui avaient motivé son renvoi de l'école de Châlons, et qui étaient stationnaires depuis deux mois. Un troisième, dont la photographie a été prise au début du traitement, a été presque guéri en vingt-deux jours, après avoir pris 1130 grammes d'huile créosotée, soit 75 grammes de créosote. Il n'y a plus de saillie apparente à la vue, et le palper permet d'isoler trois ganglions nettement circonscrits. Je pense que la méthode rendrait des services appréciables aux malades atteints de lupus, et j'invite MM. les chefs de service de Saint-Louis à l'expérimenter.

BALZER. — Y a-t-il des indurations de la peau après les injections?

M. BURLUREAUX. — Elles disparaissaient au bout de quatre à cinq jours. Il n'y a jamais d'accidents quand les injections sont faites très lentement.

Note sur les résultats obtenus dans le traitement de la trichophytie du cuir chevelu à l'École des teigneux de l'hôpital Saint-Louis.

MM. QUINQUAUD et BUTTE. — Le traitement employé est celui que nous avons décrit au Congrès international de dermatologie et consiste dans l'emploi du grattage, associé aux parasiticides.

Dès l'application de notre méthode, la durée de la maladie a diminué de moitié en prenant les moyennes.

Depuis notre dernière communication, 69 enfants ont quitté l'École complètement guéris dans le premier semestre de 1890, et 81 pendant le deuxième semestre.

La statistique montre que la moyenne du traitement a été de 5 mois 24 jours, la durée de la maladie de 12 mois.

Pour les enfants qui ne se sont pas absentés (44), la durée du traitement n'a été que de 2 mois 12 jours; pour ceux qui se sont absentés, la durée a été de 9 mois 27 jours.

En 1889, le nombre des guérisons était de 124; en 1890, le nombre des guérisons s'est élevé à 150 (les enfants ont été revus deux mois après leur sortie de l'École).

M. CRUYL. – J'ai essayé pour la teigne le traitement qui a été indiqué par M. L. Vidal au Congrès de dermatologie et m'en suis fort bien trouvé, la durée de la maladie a diminué de moitié.

La séance est levée.

SÉANCE DU 5 AVRIL. — PRÉSIDENCE DE M. LAILLER.

Sur un cas d'infection farcino-morveuse chronique terminée par poussée de morve aiguë.

MM. H. HALLOPEAU et E. JEANSELME. — (La communication de MM. Hallopeau et Jeanselme est publiée *in extenso*, page 273.)

Farcinose mutilante du centre de la face. — Début par morve pulmonaire. — Morve rénale. — Mort par le rein.

M. ERNEST BESNIER. — (La communication de M. E. Besnier et celle de M. Quinquaud sont publiées *in extenso* pages 296 et 305.)

Un cas de pelade totale du cuir chevelu, probablement d'origine nerveuse.

M. Brousse. — Il s'agit d'une femme de vingt-neuf ans, très nerveuse, hystérique même, dont le nervosisme s'est encore accentué à la suite de trois grossesses assez rapprochées, chez laquelle survient depuis quatre ans une pelade à répétition, paraissant se développer à l'occasion d'émotions morales : chaque fois la chute des cheveux est précédée par l'apparition de points névralgiques dans la tête, et c'est précisément au niveau de ces points névralgiques qu'elle se fait tout d'abord.

Les trois premières poussées de pelade, d'ailleurs limitées, ont guéri assez rapidement ; la dernière, qui a envahi la totalité du cuir chevelu, s'est montrée beaucoup plus rebelle et persiste depuis plus de six mois.

Je rejette ici l'origine contagieuse que rien ne vient démontrer, et prenant en considération, au contraire, l'état névropathique de la malade et le mode particulier de développement de chaque poussée peladique, je crois à une pelade d'origine trophoneurotique.

Nouveaux détails sur la destruction des poils par l'électrolyse.

M. L. Brocq. — Je me sers maintenant de très fines aiguilles coudées à 5 ou 6 millimètres de la pointe et qui présentent les avantages suivants : 1° on peut ainsi ne pas faire mettre, sur la tige, d'arrêt destiné à indiquer la profondeur à laquelle se trouve la pointe de l'instrument, car le coude sert d'index ; 2° l'introduction de l'aiguille est beaucoup plus facile lorsqu'elle est coudée que lorsqu'elle est droite, surtout quand on doit opérer des régions d'accès assez difficile, comme la partie inférieure du menton, par exemple.

Pour opérer avec rapidité, je mets le collecteur de la machine électrique sur le nombre d'éléments qui correspond à peu près au courant dont je veux me servir (2 à 3 milliampères pour les régions douloureuses à peau fine et délicate et pour les poils fins, 4 ou 5 milliampères pour les régions dont la peau est épaissie, dure, et pour les poils gros et profonds) ; lorsque j'ai introduit l'aiguille dans le follicule pileux, je dis à la malade de saisir le cylindre qui forme le pôle positif. La destruction du poil se fait ainsi très vite. Quand je juge que cette destruction est produite, je dis à la malade de lâcher le cylindre, puis je retire l'aiguille et je recommence.

On peut, par ce procédé, détruire en vingt à vingt-cinq minutes de 50 à 90 poils ; ce nombre varie forcément suivant la pusillanimité des malades, suivant la région à opérer (le cou et la partie inférieure du menton sont les moins favorables), suivant la grosseur des poils.

Dans une longue séance de cinquante minutes, coupée par cinq minutes de repos, j'ai pu assez souvent arriver à détruire 180 poils moyens et fins. L'opération de l'électrolyse devient ainsi réellement pratique.

Il faut tâcher de ne faire passer le courant que le temps strictement nécessaire pour détruire le bulbe : il vaut mieux avoir une plus grande

quantité de poils qui repoussent (2 sur 10 par exemple au lieu de 1 sur 10) ; mais aller plus vite et avoir moins de cicatrices.

En opérant comme il vient d'être dit, on n'a d'ailleurs pour ainsi dire pas de traces visibles.

Je me demande si chez les jeunes filles dont le duvet tend à se transformer en barbe complète, il ne serait pas préférable de détruire tout de suite les poils qui ont de la tendance à grossir avant que le temps, les épilations répétées ou les pâtes épilatoires n'en aient fait des poils volumineux et profonds plus difficiles à détruire, et devant par suite nécessiter des opérations plus longues et plus de délabrements.

Sur une variété d'angio-névrose donnant lieu à des plaques d'alopécie pseudo-peladique avec ischémie, anesthésie, achromatose et taches pigmentées.

M. H. Hallopeau. — La maladie est caractérisée cliniquement par le développement en différents points de la surface cutanée de plaques plus ou moins étendues, au niveau desquelles le pigment cutané disparaît, les poils ou les cheveux tombent, la sensibilité s'atténue, les piqûres ne saignent plus ; il y a autour une zone où la pigmentation est au contraire exagérée; ces plaques présentent au début des stries atrophiques qui ressemblent à des vergetures. Leur distribution est symétrique. La maladie remonte à dix-huit ans ; elle tend actuellement à rétrocéder ; en beaucoup d'endroits, la peau a repris sa couleur et sa sensibilité normales ; elle se distingue ainsi du vitiligo.

Au cuir chevelu elle offre beaucoup de ressemblance avec la pelade ; comme dans cette maladie, il y a des plaques d'alopécie complète et quand les cheveux y repoussent, ils sont blancs ; on voit parfois sur les surfaces dénudées de petits cheveux cassés ; mais à côté de ces analogies, il existe des différences essentielles : contrairement à ce que l'on observe dans la pelade, les plaques dénudées ne sont, dans l'angio-névrose, ni circulaires, ni policycliques ; leur surface n'a pas l'aspect éburné ; les poils brisés n'y ont pas l'aspect qu'ils présentent dans l'alopécie peladique ; enfin les plaques sont pour la plupart en état d'ischémie et particulièrement anesthésiées ; ce sont là des caractères qui n'appartiennent pas à la pelade vraie.

Il faut ajouter que l'on ne retrouve pas dans ces plaques le parasite décrit récemment par MM. Vaillard et Vincent, tandis qu'on le rencontre chez presque tous les peladiques. Tous les symptômes indiqués peuvent s'expliquer par une excitation spasmodique des muscles vaso-constricteurs ; il s'agit, selon toute vraisemblance, d'une angio-névrose produisant des anémies locales sous l'influence d'excitations réflexes ; elle donne lieu à l'anesthésie, à l'achromatose et à l'hyperchromatose, ainsi qu'à la chute des poils ; ce dernier phénomène peut s'observer dans l'asphyxie locale des extrémités.

L'excitation réitérée des téguments par des liquides appropriés et par des bains électriques produit une très notable amélioration ; les plaques peuvent disparaître sans laisser de traces ; on a décrit des vitiligos et des

alopécies d'origine nerveuse, mais dans aucun cas jusqu'ici ces altérations n'avaient été vues réunies en foyers et subordonnées à un spasme vasculaire ; à ce titre, cette maladie paraît constituer une variété nouvelle d'angio-névrose.

A propos de l'excision du chancre infectant.

M. Barthélemy relate l'observation d'un chancre syphilitique du prépuce avec précocité de la lymphangite infectieuse empêchant l'excision.

M. Augagneur. — J'ai eu l'occasion d'observer un cas où le prépuce a été très certainement enlevé *avant l'apparition du chancre.* Il s'agit d'un malade qui contracta une blennorrhagie. Il avait aussi un phimosis assez serré, pour lequel il réclama la circoncision. Or, deux mois après le coït auquel il devait sa blennorrhagie, il eut une roséole des plus nettes avec ganglions dans l'aine, sans qu'on pût trouver trace de *chancre.*

Ce cas tend à affaiblir la valeur préventive de l'excision, même très précoce. D'ailleurs, dès que le chancre paraît, la région est infectée jusqu'à la première étape ganglionnaire, ce qui rend bien problématique les chances de l'excision.

Sur la pathogénie et le traitement du prurigo d'Hebra.

M. Augagneur. — A Lyon, le prurigo affecte rarement la forme grave et indéfiniment récidivante, décrite par Hebra. Sur 61 observations, 9 seulement portent sur les sujets de plus de treize ans.

Aucune des causes invoquées ne s'applique à tous les cas. Il faut attribuer une influence prépondérante à l'habitat dans l'air confiné.

Le prurigo d'Hebra est lié vraisemblablement à une toxémie.

Le traitement de choix est l'administration à *l'intérieur* de l'acide phénique à la dose de 0.20 à 0.80 centigrammes par jour. Les récidives traitées dans les mêmes conditions ont été de 18 p. 100 avec l'acide phénique et de 28 p. 100 avec les autres méthodes thérapeutiques.

La séance est levée.

SÉANCE DU 4 AVRIL 1891. — PRÉSIDENCE DE M. LAILLIER.

Des raisons qui militent en faveur de la non-spécificité du gonocoque.

M. J. Eraud. — Je rappelle que j'ai déjà constaté : 1° dans l'orchite blennorrhagique; 2° dans la prostatite subaiguë ; 3° dans l'urèthre normal d'enfants et d'adolescents vierges de tout accident vénérien quelconque, l'existence de *diplocoques* et *staphylocoques* toujours de même groupement morphologique, et présentant les mêmes réactions soit sur les milieux nutritifs, soit sur les animaux. Je crois être arrivé à établir des caractères de similitude, voire même d'identité, entre ces divers microbes d'une part, et d'autre part le *gonocoque,* dont j'ai obtenu des cultures pures à la fois sur gélose et sur gélatine. De plus, j'ai étudié comparativement la façon dont se comportent ces divers microbes vis-à-vis de la méthode de décoloration de Gram (procédé de G. Roux), et, à cet égard, j'ai reconnu que ces

divers microbes se décoloraient tous, le *staphylocoque uréthral* (le saprophyte) paraissant se décolorer d'une manière moins absolue que les autres.

Il résulte donc de ces études préliminaires qu'il existe dans l'urèthre normal un diplocoque-staphylocoque qui, à l'instar du gonocoque, se comporte d'une façon identique, ou à fort peu de chose près, vis-à-vis de la méthode de Gram.

Mais, en outre, je me suis demandé, dans le cas où ces microbes sécrèteraient des ptomaïnes, si ces ptomaïnes sont identiques, et si les effets physiologiques produits par ces dernières sont similaires. L'expérimentation a pleinement confirmé les prévisions.

Parmi ces ptomaïnes, il en est une que j'ai spécialement étudiée en collaboration avec Hugonnencq (de Lyon) : c'est la *diastase*. Laissant de côté pour aujourd'hui les propriétés chimiques de cette diastase, qui feront l'objet d'une communication ultérieure, je m'en occuperai seulement en tant que ferment, en tant que substance phlogogène, en tant qu'effets physiologiques. J'ai étudié cette diastase à différents points de vue, notamment au point de vue de l'action générale sur l'organisme de quelques animaux (cobayes, chiens, lapins), et surtout au point de vue de son action sur le testicule du chien. Au point de vue général, j'ai reconnu que cette substance n'est pas *toxique* et qu'elle ne produit pas de phlogose ni de suppuration, lorsqu'elle est injectée dans le tissu cellulaire d'animaux différents, mais que lorsqu'elle est injectée dans un des testicules du chien jeune, l'autre étant gardé comme témoin, on obtient ainsi de l'*orchite* d'abord, puis de la suppuration de la vaginale, et enfin l'*atrophie* du testicule : c'est, ce semble, la reproduction expérimentale du varicocèle (Ricord).

En résumé, il y a donc lieu d'admettre que ces microbes divers (gonocoque, staphylocoque uréthral) sécrètent un ferment, une diastase qui semblent avoir une action élective sur le parenchyme testiculaire, et qui montrent qu'on peut obtenir de la suppuration sans l'intervention des microbes.

Je ne veux point émettre de théorie, mais je pense que la spécificité du gonocoque est fortement compromise, si surtout on considère que, sur d'autres champs de la sphère médicale, la spécificité microbienne est également mise en doute. Je crois qu'il y aura là bientôt un terrain neutre, qui pourra servir de trait d'union aux *phlogogénistes* et aux *virulistes* et qui pourra montrer que si, dans la grande majorité des cas, il faut faire intervenir la contagion, dans d'autres cas plus rares, il faudra admettre l'idée de *transformisme*, en raison de laquelle le microbe pourra acquérir des propriétés virulentes sous l'influence de conditions encore à déterminer.

Sur le traitement du prurigo d'Hebra.

M. Tenneson. — Les faits visés par M. Augagneur dans sa communication de la séance précédente me paraissent différents des miens, ce qui m'oblige à quelques explications préalables : j'ai eu en vue le type décrit par Hebra, c'est-à-dire une dermatose incurable, qui remplit toute l'existence du malade avec des rémissions plus ou moins longues, sans atteindre l'état général; aucune médication interne ou externe ne peut empêcher ses récidives. Elle appartient à toutes les constitutions à toutes les

conditions hygiéniques. Ces caractères ne sont point ceux d'une intoxication ni d'une auto-intoxication.

M. Bouchard a certainement ouvert une voie féconde en montrant que l'estomac dilaté ou non dilaté est, chez beaucoup de malades, « un laboratoire de poisons ». Cette auto-intoxication, d'origine gastrique, peut bien réveiller, exaspérer certaines grandes dermatoses (prurigo, eczéma, psoriasis, acné, couperose, etc.), mais elle est, je crois, incapable de les *produire*. Et, d'autre part, l'hygiène alimentaire la plus sévère avec ou sans antisepsie intestinale est impuissante à les guérir. La cause du prurigo d'Hebra est donc encore inconnue.

Le traitement que j'emploie depuis plus de deux ans n'a d'autre effet que de supprimer rapidement et complètement le prurit pour un temps plus ou moins long. Ce n'est pas la guérison, mais c'est un résultat supérieur à tout ce qui a été obtenu jusqu'ici.

Mes recherches ont eu pour point de départ une note de M. L. Jacquet sur le mode de production des élevures dans l'urticaire aiguë (*Annales de dermatologie*, septembre 1888). En supprimant les réflexes cutanés au moyen d'un pansement ouaté, on supprime en même temps, dit M. Jacquet, et le prurit et les élevures. J'ai vérifié ce fait intéressant et j'ai appliqué cette idée à d'autres dermatoses prurigineuses. En ce qui concerne le prurigo d'Hebra, le résultat a dépassé mes espérances. Quand, après avoir nettoyé convenablement la peau, on la ferme par l'un quelconque des procédés que j'indiquerai plus loin, voici ce qu'on observe : au bout de vingt-quatre ou de quarante-huit heures, le prurit a complètement disparu de telle sorte qu'un homme qui, depuis trente ans et plus, passait la moitié de ses nuits à se gratter, dort tranquillement et se croit guéri. Quand, au bout de quelques jours, on supprime l'occlusion de la peau, on est surpris de voir que l'effet thérapeutique persiste pendant un certain temps. Il est rare que le prurit revienne de suite ; il revient parfois au bout de quelques jours, le plus souvent au bout de quelques semaines ou de quelques mois.

J'ai expérimenté un bon nombre de procédés d'occlusion. Le pansement ouaté, quand il faut le maintenir appliqué de la tête aux pieds pendant plusieurs jours est incommode. Les toiles imperméables, la toile de caoutchouc en particulier, sont d'un emploi beaucoup plus facile. Il importe que la toile ne soit pas flottante, mais soit en contact immédiat avec la peau. Chez les malades qui ne reculent pas devant la dépense, au moyen de maillots, de caleçons en tissu élastique, doublés intérieurement d'une toile imperméable, on peut prolonger indéfiniment l'occlusion de la peau et supprimer le prurit pour un temps indéfini. Contrairement à ce que pourraient faire croire les expériences physiologiques sur les chiens recouverts de vernis imperméables, l'occlusion ainsi pratiquée est complètement inoffensive.

M. Augagneur. — La différence des cas observés par M. Tenneson et par moi tient peut-être aux différences d'âge de nos malades. M. Tenneson observe des adultes et moi des enfants, et d'ailleurs il peut y avoir des cas légers, frustes, de la même maladie.

M. Tenneson. — Je suis loin de méconnaître les formes frustes, anomales, atypiques du prurigo d'Hebra ; je les ai étudiées avec prédilection.

Mais je ne saurais faire rentrer dans le prurigo d'Hebra les prurigos qui guérissent en quelques mois et ne récidivent pas. Quant à la question de savoir si ces prurigos légers et le prurigo d'Hebra sont les variétés d'une même espèce ou des espèces d'un même genre, cette question est actuellement insoluble, et il sera même impossible de la discuter tant qu'on ne sera pas d'accord sur la caractéristique de l'*espèce*, en dermatologie.

Nouvelle étude sur la dermatite pustuleuse chronique en foyers à progression excentrique.

M. Hallopeau. — La description de la maladie que j'ai fait connaître sous ce nom repose sur deux observations, qui ont été toutes deux communiquées au Congrès international de dermatologie, la première par moi-même, la seconde par M. Feulard; j'ai pu, depuis lors, suivre le malade de M. Feulard, et j'ai observé de nouvelles manifestations de la maladie. Celle-ci est essentiellement constituée par la production successive et continue, aussi longtemps que le traitement ne vient pas l'enrayer, de foyers de suppuration qui débutent, soit isolément, soit au pourtour d'anciens foyers, par des vésico-pustules miliaires et des taches érythémateuses, s'accroissent excentriquement, donnent lieu à un prurit intense, prennent une forme circulaire, s'unissent en plaques polycycliques, s'éteignent au centre tout en s'étendant à la périphérie, deviennent végétantes, puis s'affaissent en ne laissant d'autres traces que des macules très lentes à s'effacer. Ils peuvent envahir toutes les parties de la surface cutanée et se développer également sur la muqueuse buccale; parfois, ils s'étendent en profondeur, gagnent le tissu cellulaire sous-cutané et deviennent ainsi phlegmoneux. Depuis un an, le caractère végétant de l'éruption de G... s'est accentué au cuir chevelu et à la face, au point d'y devenir son trait dominant. L'aspect du cuir chevelu était, au mois de juin, des plus remarquables; une plaque éruptive l'occupait presque entièrement; formant une saillie d'un centimètre, *elle était creusée de sillons profonds qui la divisaient en circonvolutions identiques par leur configuration à celles du cerveau.* Leur couleur est rouge pâle, leur consistance molle; elles sont le siège d'un prurit intense; leurs faces verticales sont excoriées et le siège d'une sécrétion puriforme peu abondante. La maladie a d'ailleurs continué à évoluer en diverses régions. Un des caractères les plus remarquables de cette maladie est la tendance qu'ont ses manifestations à disparaître entièrement ou peu s'en faut; il en est ainsi de ces saillies végétantes; elles se sont graduellement affaissées, elles sont actuellement presque complètement effacées.

Note sur l'albuminurie liée à la blennorrhagie.

MM. F. Balzer et A. Souplet. — Rayer a bien observé l'un des premiers les rapports de la blennorrhagie avec les affections rénales, dans les diverses formes de blennorrhagie simple ou compliquée d'orchite. On trouve après lui de nombreux documents épars dans la science, parmi lesquels il faut citer les thèses de Juliot (Strasbourg, 1869) et de Luxcey

(Paris, 1879), et les travaux des élèves de M. Guyon, Hallé, Albarran, Clado, etc. La présente note concerne surtout les phases aiguës de la blennorrhagie, qui ont été beaucoup moins étudiées à ce point de vue.

Pendant les mois de janvier, février, mars, nous avons examiné les urines de 163 malades et recueilli les résultats suivants :

Blennorrhagies.	50 cas,	avec albuminurie	6 cas;
Orchites simples	94	—	10 —
Orchites doubles.	19	—	4 —

ce qui donne, pour ce relevé, une proportion de 12 p. 100 environ.

Cette albuminurie est latente; elle accompagne souvent la cystite (6 cas et l'orchite (14 cas), mais elle manque aussi chez des malades qui présentent ces complications de la blennorrhagie, et quelquefois même très gravement atteints. Cette albuminurie est très variable dans sa marche et dans son intensité; elle peut être intermittente, sujette à des reprises après sa cessation complète. La durée moyenne a été de quatre ou cinq jours et dans certains cas de trois semaines.

La plupart de nos malades n'avaient pas subi de traitement avant leur entrée et nous ne pouvons pas juger de la nocivité des balsamiques. Avec la plupart des auteurs nous ne pensons pas non plus qu'ils provoquent l'albuminurie, mais leur action nous a paru défavorable quand l'albuminurie est déclarée.

Il convient, sans doute, d'expliquer cette albuminurie, avec les auteurs les plus récents, par l'urétérite et la pyélonéphrite ascendantes, mais il faut attribuer aussi un certain rôle à l'infection générale, surtout quand l'albuminurie est très abondante. Dans les cas d'orchite, notamment, sont réalisées des conditions favorables à la diffusion des principes infectieux et partant à la genèse de l'albuminurie.

Le repos, le régime lacté ont de prompts et heureux effets; il est préférable que le régime lacté soit continué longtemps et sans adjonction des antiseptiques ou des balsamiques.

La conclusion pratique que nous voulons tirer de cette note, c'est que l'examen de l'urine s'impose au médecin au cours de la blennorrhagie; il doit se rappeler cette assertion de Rayer, à savoir : que les complications rénales dans cette maladie surviennent « moins rarement que ne le pensent la plupart des praticiens ». (Rayer, t. II, p. 62.)

M. E. Besnier. — Je suis d'autant plus porté à accepter les conclusions de MM. Balzer et Souplet, que j'ai personnellement observé un cas de blennorrhagie avec néphrite mortelle.

Du lichen simplex (aigu et chronique).

M. E. Vidal. — Le lichen simplex chronique que MM. Brocq et L. Jacquet ont étudié récemment et qu'ils considèrent comme une *névrodermite* circonscrite est une des deux formes du lichen simplex que j'ai admises dans mes leçons cliniques. C'est la mieux caractérisée, et par son étiologie, ses symptômes et même son anatomie pathologique elle a plus de rapports avec le lichen plan d'Erasmus Wilson qu'avec les affections

eczémateuses dans le groupe artificiel et hétérogène desquelles on a voulu la confondre.

MM. Brocq et L. Jacquet ont fait une description très exacte du type le plus caractéristique de cette affection qui, par la pigmentation, l'affaissement du centre de la plaque lorsqu'elle tend à la guérison, son extension périphérique par des papules d'abord isolées, puis groupées, puis cohérentes, rappelle l'aspect d'une plaque de lichen plan. Dans ces formes types en dehors de toute inflammation secondaire, la lésion reste sèche et la desquamation est fixe, adhérente, dans le genre de celle du lichen de Wilson.

Passant maintenant au lichen simplex aigu, je pense que son étude histologique amènera à reconnaître des analogies entre sa papule commençante et certaines formes de l'urticaire. Chez les enfants, la distinction est impossible et on s'explique que Colcott Fox ait fait rentrer dans l'urticaire toutes les formes du *strophulus* et du *lichen*. On voit, en effet, la coexistence des deux éruptions (lichen et urticaire) et on observe aussi des papules de lichen ou de prurigo *succédant directement* à de petits *pomphi d'urticaire* qui *ont été en quelque sorte la première phase de leur évolution.*

Dans ces cas il y a eu *préexistence* de la dermalgie, et MM. Brocq et L. Jacquet insistent avec raison sur ce point.

Chez l'adulte l'évolution du lichen simplex aigu est fort analogue : dermalgie, papules où l'histologie révèle l'infiltration œdémateuse et lymphoïde de la papille. Dans aucune forme de l'eczéma je n'ai observé cet œdème aigu des papilles produisant des papules.

Le lichen simple aigu peut envahir une grande partie de l'étendue du corps (lichen aigu général) ou se limiter à quelques régions (lichen simple partiel). Les papules peuvent rester discrètes, isolées, ou s'agglomérer en plaques. Ces diverses formes se montrent de préférence à la face, au cou, aux poignets, aux avant-bras, autour de la ceinture, aux fesses, aux cuisses et aux mollets. Sur ces membres elles tendent à occuper des points symétriques.

Le lichen aigu dure en général de trois semaines à un mois. Il peut se reproduire à plusieurs reprises chez certains individus et être le point de départ d'un lichen simplex chronique.

Nos recherches histologiques (Leloir et Vidal), rapprochées de celles de Philippson et de Török sur le lichen plan, montrent l'analogie qui existe entre la lésion du lichen simplex chronique et celle du lichen plan.

Ferdinand Hebra a donc eu tort d'éliminer du groupe lichen le lichen simplex, prototype du genre pour y ranger le lichen scrofulosorum qui est une folliculite pilo-sébacée chronique. Pour nous, le lichen simplex a tous les droits d'être réintégré dans le groupe lichen et d'y prendre rang à côté du lichen planus de Wilson, et de ses diverses variétés, et nous admettons volontiers que le groupe dans son ensemble puisse rentrer dans la famille des *névrodermites.*

Érythème salolé grave.

M. Morel-Lavallée. — Il s'agit d'un cas d'*angine œdémateuse suraiguë*

grave due à l'extension par l'oreille moyenne d'un *érythème consécutif à des applications de poudre de* SALOL *dans le conduit auditif externe.*

La malade, atteinte de *syphilis cutanée intense précoce*, avait eu également, sous l'influence du traitement spécifique, des hydrargyries cutanées, dont une a été de la dernière gravité.

Cette malade, qui était donc prédisposée aux éruptions pathogénétiques, consulta, pour une surdité récente, un spécialiste qui lui conseilla de tarir tout d'abord avec du salol en poudre le suintement entretenu dans le méat auditif par des syphilides érosives.

Je fus appelé, deux jours après, pour les symptômes suivants : céphalalgie violente, vomissements, fièvre intense, anorexie, douleur de gorge, puis, bientôt, le pavillon de l'oreille se tuméfia et se couvrit d'une nuée de vésicules reposant sur un érythème rouge violacé turgescent. Peu après survint une dyspnée telle que pendant douze heures on crut à l'urgence éventuelle d'une trachéotomie. L'examen de l'isthme du gosier montra alors une angine œdémateuse aiguë formidable, donnant la clé de ces symptômes graves qui avaient fait d'abord songer à une *méningite spécifique.*

Sous l'influence de pulvérisations et de lavages émollients dans la gorge et l'oreille, et tout traitement interne étant cessé, l'angine s'éteignit en quarante-huit heures, et avec elle la suffocation, la fièvre et la céphalalgie.

Je ne connais pas d'exemple publié d'une éruption médicamenteuse externe, propagée à la muqueuse des premières voies, et ayant donné lieu à une angine suraiguë suffocante ; le salol qui peut être donné à l'intérieur à doses élevées sans crainte de le voir se dédoubler en ses deux composants si toxiques, est au contraire facilement décomposé, en applications externes, par les corps gras des pommades. Ce dédoublement s'est sans doute opéré ici sous l'influence de l'hypersécrétion des glandes auriculaires et du suintement des plaques muqueuses.

Ma malade a présenté un exemple très net de ce fait posé en principe par M. E. Besnier que ces érythèmes médicamenteux exigent, pour leur production, un terrain prédisposé, lequel offrira les mêmes facilités éruptives en présence de toute substance impressionnant les vaso-moteurs de la peau.

De certaines manifestations oculaires de la syphilis et de leur traitement.

M. ABADIE. — La syphilis oculaire n'est pas bien connue. Avant la découverte de l'ophtalmoscope, on ne décrivait guère que l'iritis syphilitique qui accompagne habituellement les accidents dits secondaires de la syphilis acquise.

Hutchinson a reconnu que la kératite parenchymateuse confondue auparavant avec les inflammations vulgaires de la cornée relevait de la syphilis héréditaire.

Grâce aux travaux de cet éminent observateur, la syphilis héréditaire tardive dont les manifestations sont tous les jours plus nombreuses à me-

sure qu'elles sont mieux observées est entrée dans le domaine de la clinique.

J'insisterai aujourd'hui sur les lésions du fond de l'œil, *chorio-rétinites* encore mal connues qui paraissent aussi dans un certain nombre de cas devoir être attribuées à la syphilis héréditaire.

Ces chorio-rétinites apparaissent à l'ophtalmoscope tantôt sous forme de foyers dispersés un peu partout (*chorio-rétinite disséminée*), tantôt localisés circonscrits dans la région de la macula avec ou sans trouble du corps vitré.

Remarque importante à noter : leur évolution, tout en désorganisant la rétine et compromettant gravement la vision, ne provoque aucune inflammation extérieure, de telle sorte que sans le secours de l'ophtalmoscope elles passeraient inaperçues.

Il est aussi une forme de syphilis oculaire acquise encore fort peu étudiée jusqu'ici qu'on observe chez les individus âgés (ayant dépassé la soixantaine) qui contractent la syphilis. Chez eux les accidents secondaires cutanés sont tellement légers qu'ils passent presque toujours inaperçus, sauf pourtant des plaques muqueuses tenaces qui occupent la bouche.

Du côté des yeux, il n'y a ni iritis ni accidents aigus, mais la papille et la rétine s'infiltrent, le corps vitré se trouble ; et comme les deux yeux sont habituellement atteints simultanément, la vision baisse très rapidement et d'une façon considérable.

En outre, cette forme de syphilis oculaire sénile acquise est particulièrement rebelle à tous les traitements, s'écartant encore par là des accidents oculaires dits secondaires de la syphilis acquise des adultes.

Le traitement des diverses manifestations syphilitiques oculaires dont nous venons de parler diffère sous plusieurs rapports de ceux habituellement employés. Dans les formes bénignes légères de la kératite parenchymateuse, l'iodure de potassium peut rendre quelques services. Mais dans les formes graves il est indispensable de recourir aux injections sous-cutanées de sublimé à la dose d'un centigramme tous les deux jours.

Il faut savoir de plus que, dans ces mêmes formes graves de la kératite parenchymateuse, l'iodure de potassium ne doit pas être associé aux injections de sublimé ; peut-être ces deux médicaments en se combinant forment-ils un sel d'iodure de mercure trop irritant pour la cornée ?

Du reste, d'une façon générale, dans les localisations de la syphilis aux membranes profondes, l'iodure de potassium n'agit pas favorablement ; parfois même il semble exercer une influence nuisible.

Le traitement de choix semble être le sublimé en injections sous-cutanées.

J'en dirai tout autant pour la syphilis oculaire sénile toujours d'une ténacité désespérante. Il m'est arrivé parfois dans ces cas-là de faire directement des injections locales sous-conjonctivales et intra-oculaires d'une à deux gouttes de sublimé à la dose de 1 p. 1000. J'ai parfois obtenu ainsi de bons résultats alors que tout avait échoué.

M. Renault. — Quels sont les troubles fonctionnels principaux provoqués par ces lésions ?

M. Abadie. — La vision baisse rapidement, parfois même jusqu'à la

cécité. Les troubles de la vision sont donc fort disproportionnés avec les signes objectifs qui sont très peu marqués.

M. Barthélemy. — Comment M. Abadie fait-il ses injections?

M. Abadie. — L'asepsie la plus absolue est de rigueur. La seringue est conservée dans la glycérine phéniquée à 1 p. 100. Tous les deux jours on injecte alternativement aux régions fessière et lombaire 20 gouttes d'une solution de sublimé au centième, soit un centigramme de sublimé. Comme la douleur est généralement assez vive, j'aspire d'abord 17 gouttes de la solution de sublimé, puis 3 gouttes d'une solution de cocaïne à 5 p. 100.

M. E. Vidal. — Je partage, relativement à l'emploi de l'iodure de potassium, l'opinion de M. Abadie, je l'ai vu assez souvent occasionner de la conjonctivite et du chémosis et entraver ainsi le traitement.

Sur une nouvelle variété d'éruption acnéiforme agminée de la face.

MM. Hallopeau et Claisse. — Les boutons qui la constituent se sont développés soudainement, comme le font ceux des éruptions médicamenteuses; ils sont remarquablement durs, hémisphériques, non douloureux, si ce n'est au début; ils sont isolés ou réunis en groupes dont la disposition rappelle celle du zona; quelques-uns suppurent; aucun ne s'est affaissé sept semaines après le début de la maladie; ils n'occupent que la face. Ils présentent d'incontestables analogies avec ceux de l'éruption que M. Barthélemy a décrite récemment sous le nom d'acnitis: ils en diffèrent par leur début intra-dermique et non sous-dermique, leur groupement en plaques dont la configuration rappelle celle du zona, la non-suppuration de la plupart d'entre eux, leur persistance, alors même qu'ils se sont ouverts, et leur localisation exclusivement faciale; il est fort douteux qu'ils siègent dans les follicules. Si donc ce fait se rattache à l'acnitis de M. Barthélemy, il en constitue une nouvelle variété.

M. L. Jacquet (de Paris). — Je crois d'autant plus volontiers à l'analogie entre le malade de M. Hallopeau et celui de M. Barthélemy, que j'ai eu l'occasion de comparer des préparations provenant de chacun de ces malades et qu'elles m'ont paru avoir de très grandes ressemblances.

Du mercure administré à l'intérieur dans les arthropathies blennorrhagiques.

M. Morel-Lavallée. — J'ai observé deux cas de rhumatisme blennorrhagique guéris sous l'influence des pilules de protoiodure de mercure administrées pour combattre la diathèse syphilitique existant antérieurement chez ces sujets.

Dans l'observation I, le malade avait vu se développer, à l'occasion d'une chaudepisse, des arthropathies à tendance *plastique*, concurremment avec des exostoses diaphysaires. Ces lésions, très améliorées par le traitement usuel et la cure d'Aix en Savoie, ne guérirent complètement qu'un an plus tard, lors d'une série méthodiquement reprise du traitement antisyphilitique mercuriel.

Mon second malade avait, à la suite d'une dixième blennorrhagie, été repris d'une *polyarthrite déformante progressive pseudo-nerveuse* avec atrophie musculaire et déformatrice des mains et des pieds simulant le « rhumatisme goutteux déformant». Toutes ces lésions, qui avaient résisté au traitement classique, rétrocédèrent en six semaines avec l'administration de 10 centigrammes de protoiodure de mercure par jour (atrophie musculaire comprise), alors qu'un aussi heureux résultat n'avait été obtenu qu'en six ou huit mois avec le traitement classique (repos, révulsifs, bains, électricité) lors de la crise blenno-rhumatismale précédente.

Je me demande s'il s'est agi là de simples coïncidences, ou, dans le cas contraire, si le rhumatisme blennorrhagique, ou certaines de ses formes, demanderaient pour se développer un terrain syphilitique ou la coopération du virus syphilitique ; ou bien encore si le mercure exercerait là une action antiseptique spécifique... Dans tous les cas, il y a là une voie nouvelle ouverte aux recherches par la publication de ces deux faits curieux, observés à la fois par M. A. Fournier et par moi.

Observation de sept chancres infectants de la face.

M. Brousse. — Il s'agit d'un homme de trente-deux ans entré à la clinique dermatologique de Montpellier pour une éruption papulo-crustacée consistant en sept boutons croûteux, assez volumineux, siégeant : le plus petit à la lèvre supérieure, les six autres, plus gros, sous les parties antérieure et latérale du menton.

Cette affection date de quinze jours environ; les sept boutons auraient apparu presque tous en même temps et auraient débuté par une papule qui se serait ensuite ulcérée et recouverte d'une croûte. En même temps, engorgement ganglionnaire sous-maxillaire très considérable.

Après la chute des croûtes les boutons, ceux-ci se présentèrent avec des caractères particuliers : surface rouge cuivrée, excavée en godet, reposant sur une base nettement indurée à bords saillants et régulièrement arrondis; en un mot, ils offraient l'aspect de véritables *chancres syphilitiques*.

Ce diagnostic a été ultérieurement confirmé par l'apparition successive de papules cutanées et de plaques muqueuses buccales.

Quelle a pu être l'origine de ces chancres multiples? En dehors de renseignements précis, je serais tenté d'incriminer ici une contamination par le rasoir, qui expliquerait assez bien la multiplicité des portes d'entrée du virus.

La Société décide, sur la proposition de M. E. Besnier, que chaque année à la session d'avril, une quatrième séance sera réservée pour la discussion d'une question désignée à l'avance.

La question désignée pour la session de 1892 est le *prurigo d'Hebra*.

La session est déclarée close et la séance est levée.

L. Jacquet.

REVUE DES PÉRIODIQUES

DERMATOLOGIE

Lymphangiome circonscrit. — Finch Noyes et L. Török. Lymphangioma circumscriptum (Lymphangioma capillare varicosum). (*The Brit. Journ. of Derm.*, déc. 1890, p. 359 et janvier 1891, p. 8).

Les auteurs, à l'occasion de l'étude d'un nouveau cas de lymphangiome circonscrit, refont très complètement l'histoire de cette affection au point de vue clinique, histologique et pathogénique.

Le Dr F. Noyes, qui s'est particulièrement occupé de la partie clinique de cet intéressant travail, reproduit d'abord les principales observations déjà publiées sur ce sujet.

La première observation est de J. Hutchinson. Un jeune garçon de dix ans, de bonne santé, présente au menton une éruption d'éléments d'apparence verruqueuse. Extension lente et progressive. L'un de ces éléments éruptifs, offrant les dimensions d'une pièce de 2 francs, paraît formé de la réunion de petites papules, de petits grains à l'extrémité desquels se voient des vésicules remplies d'un liquide clair. Aussitôt vidées, ces vésicules se remplissent à nouveau de liquide mélangé de sang. Au sommet des papules et à la surface des vésicules rampent des touffes de capillaires très nombreux, dilatés et variqueux.

Cette courte description peut servir de type à quelques-unes des observations suivantes qui offrent entre elles de grandes analogies. Nous n'insisterons pas sur ces observations, d'autant que plusieurs d'entre elles ont déjà été l'objet d'analyses dans ce recueil. Ce sont toujours des vésicules assez profondément situées, incolores ou rosées, irrégulièrement disposées en groupes sur la face, le cou, les membres ou le tronc. Quand on les ouvre, il en sort un liquide citrin; elles siègent sur des papules et forment par leur réunion des masses d'aspect verruqueux ou papillomateux. Entre elles se voient des faisceaux de capillaires dilatés.

Les observations II et III (1) sont aussi de J. Hutchinson. Cet auteur, reconnaissant aux éruptions qu'il décrit des caractères lupiques, les classes sous le nom de *lupus lymphaticus*.

L'observation IV est de Malcolm Morris; elle a été publiée dans le no 1 de l'*Atlas international des maladies rares de la peau en* 1889; l'analyse en a été déjà faite dans ce recueil; mais nous renvoyons surtout aux planches admirables de l'atlas.

(1) Hutchinson, *Illustrat. of clin. Surgery.*, vol. II, p. 149.

L'observation V de Tilbury et Colcott Fox a été publiée sous le nom de « lymphangiectodes » (1).

Les observations qui suivent diffèrent des précédentes; celle de C. Fox (2) a été publiée sous le nom de *lymphangiectasies*. Dans ce cas, l'éruption siégeait aux mains et aux pieds; elle était formée de petites élevures, d'un rouge plus ou moins sombre, qui ressemblaient à des verrues compliquées de télangiectasies et dont la coloration disparaissait par la pression du doigt. Nous rappellerons à ce propos que M. Brocq a observé un exemple analogue, et qu'il donne à ces lésions le nom de *télangiectasie verruqueuse*. Pour notre savant maître, ce seraient là des lésions identiques à celles que Vittorio Mibelli vient de décrire sous le nom d'*angiokératome* dans l'*Atlas international des maladies rares de la peau*. Nous regrettons que la place nous manque pour reproduire la VII[e] observation qui est de Hoggan (voir page 363).

La VIII[e] observation, de Köbner, a été analysée en détail dans ce recueil (*Ann. de Dermat.*, 1884, p. 293).

Les deux dernières observations reproduites par F. Noyes sont l'une de Kaposi, l'autre de Pospelow. Elles ont été toutes deux publiées sous le nom de *lymphangioma tuberosum multiplex*. Dans le cas de Kaposi, il n'est pas fait mention de vésicules. Ce sont des centaines de nodosités de la grosseur d'une lentille, disséminées ou groupées, arrondies, rouge brunâtre, lisses, brillantes, non recouvertes de squames, plates ou légèrement surélevées au-dessus du niveau de la peau; nodosités fermes élastiques, comprises dans le derme, mais allant jusqu'au tissu cellulaire sous-cutané. L'éruption existait depuis l'enfance et n'a pas changé de forme. Seul, le nombre des nodules s'est beaucoup accru.

L'observation de Pospelow, bien que publiée sous le même nom que celui de l'observation précédente, en diffère par de nombreux caractères (voir p. 365) (présence de vésicules; leur réunion en masses frambæsoïdes).

Voici maintenant le résumé de l'observation nouvelle des auteurs :

E. W..., petite fille de dix ans et demie, bien développée, de bonne santé. Bons antécédents héréditaires. Le début de l'éruption qui s'est fait au côté gauche du cou, remonte à sept ans. Ce fut d'abord une petite bulle unique, puis d'autres parurent et se réunirent en groupes. Peu à peu l'éruption se développa et prit l'aspect actuel dont voici la description. Les lésions s'étendent, au côté gauche du cou, de la limite du cuir chevelu au niveau de la septième vertèbre cervicale. Elles consistent surtout en une large plaque, couverte en partie de vésicules confluentes de la grosseur d'une tête d'épingle ou de la moitié d'un pois. Le centre de cette plaque est surélevé de 1/6 de pouce. Les vésicules sont séparées les unes des autres par des cloisons très minces; elles sont recouvertes par toutes les couches de l'épiderme; sur quelques-unes d'entre elles, la couche cornée est rugueuse, et l'ensemble de la tumeur a un aspect verruqueux. Les vésicules n'ont pas atteint partout ce degré de développement; en quelques points à peine reconnaît-on, à travers l'épiderme, l'opalescence de vési-

(1) Tilbury et Colcott Fox, *Path. Soc. Trans.*, vol. XXX, p. 470.
(2) Colcott Fox., *Illust. med. News*, 1889, p. 73.

cules en voie de formation. Un examen minutieux permet de découvrir, à la surface des vésicules, des capillaires en traînées ou en points rouges. Tantôt on ne voit qu'un capillaire par vésicule; tantôt, au contraire, il y en a plusieurs; de sorte qu'il semble parfois qu'un nævus en forme de toile d'araignée se soit développé à leur surface. Quelques vésicules sont rouge bleuâtre, remplies de sang. On ne peut à la pression modifier la forme des éléments vésiculeux; le liquide qu'ils contiennent est clair, aqueux et alcalin. Cette éruption n'a jamais été accompagnée de phénomènes subjectifs.

Le second chapitre de ce mémoire est de Ludwig Török; il est consacré à la partie anatomo-pathologique. L'auteur donne en quelques mots l'historique de l'histologie, renvoyant, pour plus de détails, à l'article récent de Nasse sur le lymphangiome (1). Puis il aborde l'étude histologique du cas que nous venons de décrire. Les fragments qu'il a examinés ont été fixés dans l'alcool et la solution de Müller.

Les principales altérations siègent dans les couches papillaires et sous-papillaires du chorion. L'épiderme n'est modifié que secondairement aux points qui correspondent aux papilles malades. En ces points, les couches épithéliales limitantes sont comprimées, très amincies; par places même, les prolongements inter-papillaires sont entièrement effacés. Rarement, ces couches sont le siège d'un certain degré de prolifération. En plusieurs endroits, la couche malpighienne n'est plus formée que de deux rangées de cellules. La couche cornée, épaissie principalement autour des follicules pileux et de leurs orifices, ne présente guère de modifications dans sa structure intime.

Dans le derme, le point saillant est la présence de cavités, de larges canaux qui siègent dans les zones papillaires et sous-papillaires. Les cavités des papilles ont le plus souvent la forme ovale, quelquefois irrégulière; elles s'allongent, s'amincissent vers la base des papilles où elles offrent l'aspect de capillaires dilatés. Dans la zone sous-papillaire, ces cavités sont plus petites, plus irrégulières; en général, en deux points de leur périphérie, on voit aboutir deux vaisseaux capillaires élargis dont l'un remonte dans la papille voisine, traversant la cavité qui y est contenue pour se terminer tout à fait à l'extrémité papillaire, dont l'autre descend au contraire plus profondément ou se mêle en s'amincissant peu à peu aux canaux voisins. Il résulte de la présence des cavités et de l'enchevêtrement des canaux un ensemble qui donne l'impression d'un réseau de vaisseaux capillaires plus ou moins dilatés et variqueux. Par places, ces diverses altérations s'accentuent et atteignent un degré de développement très avancé. Les cavités forment alors des vésicules, des kystes saillants ou aplatis séparés par de très minces cloisons, où on ne retrouve plus traces de cellules malpighiennes, et au-dessus desquelles l'épiderme est presque réduit à sa couche cornée.

Les tissus du derme voisin des kystes sont remplis de petites cellules rondes; celles-ci forment des manchons aux vaisseaux sanguins autour desquels elles s'agglomèrent, plutôt que dans la proximité immédiate des

(1) Nasse, *Uber Lymphangiome* (Arbeiten aus der chirurgischen Klinik der Königlichen Universität Berlin, Herausgegeben von Dr E. von Bergmann, 1890).

larges kystes où elles sont plus rares. Au centre de ces amas de cellules rondes, embryonnaires, on aperçoit par places de fines traînées qui offrent l'aspect de cavités très étroites tapissées de cellules endothéliales. Les cellules embryonnaires elles-mêmes ne présentent rien de très particulier, quelques-unes sont plus volumineuses et gorgées de granulations (Mastzellen), d'autres sont pigmentées.

A un très fort grossissement, on peut reconnaître une couche endothéliale bien formée, tapissant les canaux et cavités. Cette couche est composée dans les plus vastes kystes de cellules aplaties; mais dans les plus petits, les cellules sont renflées en forme de fuseau et entassées; quelquefois elles ont l'aspect de cellules géantes, présentant un volume considérable, un protoplasma granuleux et à leur périphérie plus de douze nuclei vésiculeux (bläschenformigen).

Les contours des plus vastes cavités sont très nettement limités; ceux des plus petites sont au contraire irréguliers; par places on voit de petits prolongements étroits qui s'en éloignent, prolongements ouverts à leur base dans les cavités et terminés du côté opposé par une pointe effilée qui tantôt se perd, tantôt aboutit dans des cavités voisines, tantôt s'anastomose avec d'autres diverticules semblables. Ces petits canaux sont tapissés d'un endothélium bien formé; ils sont parfois renflés en un point de leur trajet et le renflement peut, en s'accentuant à son tour, former une nouvelle cavité. Ces divers canaux et cavités sont remplis de lymphe : tantôt on trouve dans le liquide un nombre plus ou moins grand de globules blancs, tantôt il y a une grande quantité de globules rouges; mais, dans ce dernier cas, la cavité qui contient les globules rouges est en rapport direct avec les vaisseaux sanguins. Il est évident, d'ailleurs, que ce ne sont pas les vaisseaux lymphatiques seuls qui sont intéressés dans ces lésions; les vaisseaux sanguins jouent aussi un certain rôle. Ainsi les veines et les capillaires sanguins les plus superficiels sont considérablement dilatés et tortueux; c'est autour d'eux, nous l'avons vu, que se trouve la plus grande accumulation de cellules. Les capillaires sanguins des papilles qui rampent autour et à la surface des kystes ne présentent pas de renflement, ils sont seulement dilatés et entourés d'épais manchons de noyaux embryonnaires.

Après cette description que nous n'avons fait que résumer, l'auteur discute le diagnostic histologique et la pathogénie. Pour lui, il est hors de doute qu'il s'agit non pas d'une dilatation simple de vaisseaux, mais bien d'une néoplasie, d'un processus hyperplasique aux dépens des systèmes sanguins et surtout lymphatiques.

Il appuie ses assertions sur les caractères suivants qui résument les côtés les plus importants de son étude histologique :

1° La présence constante, sans solution de continuité, même dans les cavités volumineuses, d'un endothélium qui est fréquemment formé de cellules renflées;

2° Les cellules géantes rencontrées dans cet endothélium qui peuvent être considérées comme un signe de prolifération de noyaux de l'endothélium;

3° La présence de nouvelles formations vasculaires à la périphérie des cavités et des capillaires, « neoplasma homœoplastic »; le développement

dans le tissu conjonctif, au centre des foyers de noyaux embryonnaires, d'espaces étroits tapissés de cellules endothéliales, « heteroplastic neoplasma ».

4° La présence de canaux lymphatiques aux limites mêmes des papilles leur développement en ce point, alors qu'à l'état normal, selon Ranvier et Kœllicker, le système lymphatique s'arrête le plus souvent à la base même des papilles.

5° La présence de cellules embryonnaires dans le tissu conjonctif indique aussi la participation de ce tissu au processus hyperplasique ; mais, pour l'auteur, cette participation est secondaire, la preuve en est dans la dégénérescence colloïde hyaline qu'on y trouve et dans la raréfaction du tissu conjonctif.

De l'étude de ces divers caractères, les auteurs concluent qu'il ne doit pas être question d'une dilatation simple de vaisseaux lymphatiques, mais que le processus consiste, d'abord, en une prolifération des cellules angioblastiques ; en une nouvelle formation de vaisseaux lymphatiques et en partie de vaisseaux sanguins ; et ensuite en une transformation cavitaire et canaliculaire de ces vaisseaux néoformés. Ils pensent qu'il s'agit pour leur cas et certainement pour les trois cas de Hutchinson et celui de M. Morris (*Lymphangioma circumscriptum*), cas absolument identiques entre eux, de *tumeurs* qu'ils proposent de dénommer : *lymphangioma*, ou *hematolymphangioma capillare varicosum.*

Les auteurs cherchent ensuite à classer les autres observations publiées sur ce sujet en se basant sur les descriptions histologiques qu'on en a données, descriptions qu'ils ont pu vérifier par eux-mêmes pour quelques cas et pour la discussion desquelles nous renvoyons à leur mémoire.

Pour eux, le cas de *lymphangiectodes* de Tilbury et Colcott Fox et celui de Kobner doivent rentrer dans le lymphangiome capillaire variqueux. Peut-être aussi faut-il y joindre les cas de Crocker, Walsham et Hayes rapportés par Crocker dans son traité (1).

Le cas de *lymphangiectasies* ou verrues lymphatiques des enfants de Colcott Fox diffère du groupe précédent ; il doit être rapproché de l'*angiokeratome* de Mibelli. Telle est aussi l'opinion de M. Brocq, comme nous l'avons signalé plus haut.

Le cas de Hoggan, qui se rapproche à la fois du lymphangiome circonscrit capillaire superficiel et de l'éléphantiasis amène l'auteur à étudier l'altération des vaisseaux lymphatiques dans l'éléphantiasis d'origine congénitale. Pour lui, les dilatations lymphatiques variqueuses profondes qu'on trouve dans cette affection reconnaissent pour cause un processus hyperplasique du système lymphatique ; ce sont bien des lymphangiomes profonds. Le cas de Hoggan et celui de Léo Leistikow et Török (2) sont des exemples d'éléphantiasis au début : ils montrent très nettement les caractères du lymphangiome.

Quant au cas dénommé par Kaposi lymphangiome tubéreux multiple, Török se refuse à le ranger dans le lymphangiome capillaire variqueux cir-

(1) Les observations de Sidney Jones et Œdennis citées par Crocker sont des cas de « Elephantiasis lymphorrhagica » et ne rentrent pas dans ce groupe.

(2) Cas présenté à l'Assoc. méd. de Hambourg et étudié histologiquement par Török. (Voir descript. histol., page 10 du présent mémoire.)

conscrit; il le place jusqu'à nouvel ordre dans un groupe spécial : le lymphangiome capillaire tubéreux. Les signes cliniques (absence des vésicules) histologiques plaident en faveur de cette opinion. A ce propos, nous rappellerons que, dans le traité de Brocq, il est dit que, « d'après M. Jacquet, ce serait la lésion qu'il a décrite avec M. Darier sous les noms d'épithéliome kystique bénin et d'hydradénomes éruptifs ». Enfin, après avoir discuté l'histologie des cas de Pospelow et de Van Harlingen publiés sous ce même nom de lymphangioma tuberosun multiplex, l'auteur sépare ces cas de celui de Kaposi, les fait rentrer dans un groupe spécial : le lymphangiome capillaire caverneux. Voici, résumée sous forme de tableau, la classsification proposée par l'auteur :

Lymphangiomes capillaires de la peau.	1° *L. variqueux.*	Les 3 cas de *J. Hutchinson.* Les cas de *M. Morris* (L. circumscriptum), *Tilbury et Colcott Fox* (lymphangiectodes). *Kobner*, Peut-être ceux Crocker? Walhsam? Hayes? enfin celui de *F. Noyes* et *L. Törok.*
	2° *L. tubéreux* (fibromateux).	Le cas de *Kaposi* (lymp. tuber. multiplex).
	3° *L. caverneux.*	Les cas de *Pospelow* et de *Van Harlingen* (L. tuber. mult.).

L. Török termine ce remarquable mémoire en cherchant à établir l'origine même du processus hyperplasique, le point de départ du lymphangiome capillaire variqueux circonscrit. Il combat l'opinion de Esmarch et Kulenkampff, qui font intervenir des troubles de la circulation lymphatique, dépendants d'anomalies dans la conformation des vaisseaux, d'altérations des valvules, d'occlusions partielles. Il ne s'agit pas non plus d'une inflammation simple dès l'origine, puisque cliniquement l'inflammation n'a été observée que dans un cas ou deux à peine. La cause réelle demeure inconnue jusqu'à nouvel ordre, mais elle est en tout cas d'ordre congénital. Peut-être faut-il penser aussi à quelques troubles trophiques (voir les observations de Köbner et de Friedberg). LOUIS WICKHAM.

Note additionnelle.

M. Török, qui a bien voulu vérifier cette analyse, nous communique la note suivante :

« La nouvelle observation que MM. Lesser et Beneke, de Leipzig, viennent de publier dans le numéro de janvier 1891 des *Virchow's Archiv,* sous le nom de lymphangioma tuberosum multiplex de Kaposi, rentre de par ses caractères cliniques et histologiques (voir les planches) dans la classe des Hydradénomes, ou épithéliomes kystiques étudiés par Darier, Jacquet, Philippson, Quinquaud, et par moi-même. Si M. Kaposi confirme l'identité de son cas avec celui de Lesser et Beneke, nous devrons dès lors supprimer notre deuxième groupe provisoire des lymphagiomes capillaires de la peau (lymphangiome tubéreux) qui ne comprendront plus que les lymphangiomes variqueux et les lymphangiomes caverneux. »

Nous rappellerons à ce propos l'opinion de M. Jacquet citée plus haut et d'après laquelle l'observation de Kaposi est simplement un cas d'hydradénome.

LOUIS WICKHAM.

Filaires du sang. — PATRICK MANSON. The filaria sanguinis hominis *major* and *minor*, two new species of hæmatozoa (Deux nouvelles espèces d'hématozoaires) (*The Lancet*, 3 janv. 1891, p. 4).

Le Dr Manson décrit deux nouvelles espèces de filaires qu'il appelle : 1° Filaria sanguinis hominis major; 2° Filaria sanguinis hominis minor. Dans le sang de deux des quatre nègres du Congo chez lesquels il a pu étudier les filaires, il a constaté la présence simultanée des embryons des deux filaires major et minor, qui sont non pas deux formes d'un même parasite, mais bien deux espèces distinctes. Chez les deux autres nègres, il a trouvé la filaria minor seule.

La filaria major, bien que nettement distincte, ressemble beaucoup à la filaire décrite par Lewis, la seule connue jusqu'à ce jour. Il est curieux qu'elle ait été observée chez des Africains, alors que la filaire de Lewis a toujours été trouvée chez des Indiens, des Chinois, des Américains.

L'auteur a été amené à faire cette intéressante et remarquable découverte par une circonstance fortuite : la réunion chez un même individu des deux espèces parasitaires. En étudiant le sang de Mandombé, nègre du Congo traité par le Dr Stephen Mackenzie pour la maladie dite « sleeping sickness of the Congo » (voir, pour l'histoire de ce malade, *The Lancet*, 22 nov. 1890; Clin. Soc. 14 nov.), il fut frappé de la différence qui existait entre les parasites; mais le contraste seul pouvait éveiller l'attention. Voici, réunis sous forme de tableau, les principaux caractères différentiels des trois filaires (Voir le tabeau, p. 338).

Voici quelques indications complémentaires :

1° *Mensuration.* Les filaires de Lewis et major sont difficiles à mesurer à cause de leur perpétuelle agitation et parce qu'à leur mort elles sont toujours plus ou moins recroquevillées. La filaria minor meurt au contraire dans l'extension. La largeur des deux premières filaires équivaut au diamètre d'un globule rouge; celle de la filaria minor mesure la moitié d'un globule. Dans les trois espèces, la proportion de la largeur à la longueur est à peu près égale.

2° *L'enveloppe.* En mélangeant de l'urine et du sang du malade porteur de filaires et en déterminant ainsi la pénétration de liquide sous l'enveloppe par endosmose, le Dr Step. Mackenzie est parvenu à faire gonfler cette enveloppe et à la rendre très évidente. Habituellement l'enveloppe pend comme un sac vide à la queue de la filaire. Par le procédé indiqué, cette extrémité se gonfle, devient rigide et ressemble à une portion d'intestin en prolapsus. L'auteur n'a pas eu l'occasion d'appliquer cette excellente méthode de démonstration à l'étude de la filaria minor; néanmoins, il est convaincu, de par ses minutieuses investigations, que cette dernière espèce de filaire est dépourvue d'enveloppe.

3° La *terminaison tronquée* de la queue de la filaria minor est si nette-

FILARIA SANGUINIS HOMINIS (embryon). *Lewis.*	FILARIA SANGUINIS HOMINIS (embryon). *Major.*	FILARIA SANGUINIS HOMINIS (embryon). *Minor.*
1° Longueur, environ de 1/80e à 1/3500e de pouce (environ 0mm,3 à 0mm,0074).	Même longueur.	Longueur *moindre* : environ de 1/125e à 1/5500e de pouce (environ 0mm,2 à 0mm,0047).
2° Existence d'une *enveloppe.*	Enveloppe plus délicate.	*Pas d'enveloppe.*
3° L'extrémité caudale s'effile et s'amincit graduellement à partir du 1/5e de la longueur totale du parasite et se termine *en pointe acérée* ou presque acérée.	Mêmes caractères.	L'effilement de l'extrémité caudale existe aussi, mais il est moins sensible et commence plus haut, aux 2/3 de la longueur totale. Cette extrémité est brusquement *tronquée,* au point où l'effilement atteint 1/3 du plus fort diamètre du corps du parasite.
4° L'extrémité céphalique est arrondie et animée de mouvements oraux très peu visibles « of a pouting (qui fait la moue) character ».	Mêmes caractères, mais ici les mouvements oraux sont un peu plus nets.	L'extrémité céphalique est conique ou tronquée, passant d'une forme à l'autre par des mouvements très visibles et rapides de développement en avant et de rétraction immédiate.
5° Pas d'organe en forme de langue.	*Idem.*	De temps en temps un très petit organe en forme de langue apparait et disparait très rapidement à l'extrémité de la portion céphalique. Il est fort difficile d'en observer les caractères.
6° Le parasite se trouve dans le sang pendant la nuit et non pendant le jour.	Périodicité inverse : présence, le jour ; absence, la nuit.	Se rencontre aussi bien le jour que la nuit.
7° Se tortille sur lui-même, mais ne possède pas de mouvements de locomotion.	Mêmes caractères.	Possède à la fois des mouvements de contorsion et de locomotion.
8° Nombre d'entre ces filaires offrent vers le milieu de leur organisme comme des granulations agglomérées.	Pas de granulation.	Il n'y a pas non plus ici de granulations. Les parasites, alors qu'ils sont fraîchement examinés, ont le corps en tous points parfaitement homogène et transparent.

ment différente de l'extrémité acérée de la filaria major qu'on peut considérer ce caractère différentiel comme un des meilleurs.

4° *Périodicité.* Les expériences de l'auteur sur la périodicité inverse si curieuse de la filaria major seraient à reprendre et auraient besoin pour être définitivement établies, de nouvelles confirmations. Le Dr Manson laisse entrevoir que de nouvelles études pourraient bien rapprocher la filaria major de la filaria de Lewis et en faire seulement une forme anormale. En attendant, il croit devoir maintenir son opinion sur la dualité de ces parasites. D'après ses propres recherches, la filaria major pénétrerait dans le sang le matin entre 9 heures et midi et n'en disparaîtrait que le soir entre 9 heures et minuit.

7° *Mouvements.* Les mouvements de locomotion de la filaria minor entraînent souvent le parasite au dehors de la plaque de verre soumise à l'examen microscopique; ils déterminent parfois une agglomération des filaments de fibrine qui s'agglutinent autour du parasite et le maintiennent prisonnier un peu au-dessous de son extrémité céphalique, ne lui permettant plus que des mouvements de contorsion qu'il effectue autour de l'obstacle formant pivot. En général, sur la plaque, les mouvements faiblissent à la vingt-quatrième heure, et cessent vers le troisième jour, mais il est certain qu'avec de grandes précautions on parviendrait à conserver beaucoup plus longtemps la mobilité de ces parasites.

8° On a lu que la filaria minor examinée fraîchement était parfaitement transparente et homogène. Quand ses mouvements s'affaiblissent, il se produit à sa surface, probablement sous l'influence de la dessiccation, des aspérités innombrables, extrêmement petites et rapprochées.

Il est encore impossible, avec ces seules données, de mettre au point l'histoire de ces nouvelles filaires. Il existe un parasite connu sous le nom de Filaria Loa, qui se loge sous la conjonctive, chez les Nègres de certaines contrées d'Afrique. La filaria minor serait-elle l'embryon de la filaria loa? Doit-elle être rapprochée des filaires étudiées par Magalhoes en 1886? Peut-être n'est-elle que l'embryon de la filaire (malheureusement mal décrite) trouvée dans la sérosité qui s'écoule des vésicules du « craw-craw », affection papulo-vésiculeuse et prurigineuse qui se rencontre chez les Nègres?

Un autre point fort délicat est de savoir quel est le rôle de ces filaires major et minor dans la pathologie humaine? L'auteur ne peut formuler à ce sujet que des présomptions. Il est remarquable que les deux malades chez lesquels il a découvert la filaria minor étaient précisément atteints de maladies nerveuses : l'un est mort de « sleeping sickness » (maladie qui fait dormir), l'autre présentait un état cérébral tout à fait particulier. Or il lui semble possible pour de nombreuses raisons que la « sleeping sickness », dont la nature n'est pas encore bien déterminée, soit due à une filaire. En effet, cette maladie peut être rapprochée du « craw-craw ». Elle se produit dans les mêmes contrées; elle est accompagnée de prurit; Corre lui a décrit une éruption voisine de celle du « craw-craw »; les deux affections ont été rencontrées à la fois chez les mêmes malades; enfin l'état pathologique « sleeping sickness » ne se développe chez le Nègre que parfois quatre ou cinq ans après avoir quitté l'Afrique, période d'indemnité qui peut s'expli-

quer fort bien par le rôle inoffensif que peuvent avoir les filaires du sang pendant de longues années et parfois pendant toute la vie tout en conservant leur entière vitalité. D'autre part, le « craw-craw » s'accompagne lui aussi quelquefois de troubles nerveux. Il se pourrait donc que ces deux affections et la maladie due à la filaria loa aient pour cause le même parasite : la filaria minor, puisque c'est elle que l'auteur a trouvée dans un cas de « sleeping sickness ». Il s'ensuivrait que la filaria minor, dans de certaines conditions, aurait une action pathologique sur les centres nerveux; tandis que la filaria de Lewis, des Indes, etc., ne semble déterminer jamais de lésions nerveuses.

Le Dr Manson engage les praticiens des pays à filaires à compléter ces recherches en s'efforçant de donner des descriptions précises. Il est très possible que d'autres espèces se trouvent dans le sang de l'homme; il n'y aurait là rien de surprenant, puisque, chez les animaux, les espèces de filaires sont nombreuses. L'auteur signale que l'un des hématozoaires du corbeau chinois est très voisin de la F. H. S. minor, par sa forme, ses dimensions et par l'aspect tronqué de sa queue, et qu'une seule filaire des animaux possède une enveloppe : c'est la filaria sanguinis du grand pigeon à crête de Java, le goura coronata. LOUIS WICKHAM.

Traitement de Koch. — PICK. Zur electiven Wirkung des Koch'schen Mittels mit Krankendemonstration (tirage à part de la *Prag. med. Wochenschr.*, 1890, n° 51).

Le professeur Pick présente d'abord un cas de maladie d'Addison, dans lequel il a fait des injections avec le remède de Koch, au point de vue du diagnostic.

Il s'agit d'un homme de 61 ans, entré à la clinique le 25 novembre pour une pigmentose très prononcée. Pas d'antécédents héréditaires de tuberculose, ni de carcinome. Il a eu la malaria pendant son service militaire, il y a quarante ans; depuis lors, pas d'accès de fièvre, santé excellente. Il y a trois ans, coloration particulière de la face; en même temps, diminution considérable de la force musculaire, ce qui le décida à entrer à l'hôpital.

Le symptôme principal est une hypertrophie pigmentaire très accusée de la peau, d'ailleurs complètement normale, sous forme d'une teinte bronzée diffuse, s'étendant uniformément à de larges surfaces et présentant par places des taches encore plus foncées. La pigmentation occupe la face, le cou et les régions du corps présentant déjà une pigmentation physiologique prononcée, puis tout à fait symétriquement la face interne des deux avant-bras, mais nulle part les muqueuses.

Poumons et cœur normaux, nutrition bonne. Les autres symptômes consistent en une diminution très marquée de la force musculaire, sans atrophie des muscles, et en troubles dyspeptiques.

Ces derniers ont débuté il y a trois ans par des nausées et se traduisent actuellement par des douleurs partant des hypocondres et aboutissant à l'estomac; elles sont accompagnées d'une série de symptômes nerveux

d'origine centrale, tels que céphalalgie, vertiges et, dans ces derniers temps, accès épileptiformes.

L'hypertrophie pigmentaire, les symptômes partant du sympathique abdominal, la faiblesse musculaire, les symptômes d'origine nerveuse centrale font admetttre une maladie d'Addison, autant qu'il est possible de l'établir avant l'examen des capsules surrénales.

Le 23 novembre, injection de 0,01 ; pas de réaction. L'absence de réaction ne fut pas regardée comme une preuve de la non-existence d'une affection tuberculeuse des capsules; elle pouvait s'expliquer par ce fait que, d'après Koch, la réaction se produit plus tard et plus lentement dans des foyers tuberculeux caséeux anciens, ce qui est vrai surtout pour la tuberculose des capsules surrénales. On fit une deuxième injection, qui provoqua une réaction générale très violente; en même temps, le malade se plaignait de vives douleurs en un point de la région lombaire, douleurs qui s'exagéraient à la pression.

Selon Pick, il est donc très probable qu'il s'agit, dans ce cas, d'une affection tuberculeuse des capsules surrénales.

Servante de 17 ans; syphilis condylomateuse avec œdème scléreux de la lèvre gauche; larges condylomes exulcérés des lèvres et de la cavité bucco-pharyngienne, adénite scléreuse généralisée. Cette malade présente un intérêt particulier, en raison d'une lésion de la peau de l'avant-bras droit, laquelle existe depuis douze ans, et aurait eu, au dire de la malade, pour point de départ une verrue ; sur le bras, du même côté, il existe une cicatrice blanche provenant d'une lymphadénite purulente guérie. Le professeur Pick fait ressortir la rareté de cette affection, que l'on désignait autrefois sous le nom de lupus papillomateux, lupus verruqueux et qui doit à Riehl son nom actuel.

Elle est caractérisée par des excroissances verruqueuses qui s'étendent à la périphérie, guérissent en partie au centre, mais récidivent toujours; sa nature tuberculeuse est aujourd'hui absolument démontrée.

Le 9 novembre, injection de 0,01 ; au bout de six heures, violente réaction générale. Tandis que sur les parties atteintes de lésions syphilitiques on ne remarque aucune modification; environ quatre heures après l'injection, la prolifération tuberculeuse de l'avant-bras devint simultanément tuméfiée, rouge et douloureuse, et, au niveau de la cicatrice du bras et tout autour de cette cicatrice, il survint de la rougeur et de la tuméfaction ; on vit aussi apparaître un nodule très douloureux, du volume d'une noisette, non perceptible auparavant.

D'après le professeur Pick, ce résultat est une preuve frappante de l'action spécifique, antituberculeuse du remède de Koch. A. Doyon.

Traitement de Koch. — J. Pick. Vorläufige Mittheilungen, ueber die Versuche mit dem Koch'schen Mittel an der k.k. dermatologischen Klinik in Prag (Communications préliminaires sur les recherches, etc. Tirage à part du *Prager med. Wochensch.*, 1890, n° 82).

Depuis le 23 novembre, l'auteur a pratiqué des injections sur 25 indivi-

dus : 12 hommes et 13 femmes. Sur ce nombre, 12 cas ont servi à vérifier l'action élective de la lymphe, les autres à l'étude de la réaction et de l'influence curative.

Dans un cas de syphilis condylomateuse et de tuberculose verruqueuse de a peau qu'il a présenté à la Société de Médecine, alors qu'il y avait encore de la réaction locale, l'action élective du remède de Koch et sa valeur diagnostique furent des plus marquées. Les trois cas de rhinosclérome furent également des plus démonstratifs pour cette action élective du remède. Dans le premier cas où l'on n'avait pas constaté d'affection tuberculeuse, il n'y eut ni réaction générale ni réaction locale. Dans les deux autres cas, où des affections tuberculeuses des poumons avaient été reconnues avant l'injection, il se produisit une réaction locale dans les poumons et une réaction générale, mais sans aucune trace de réaction dans les foyers du rhinosclérome.

Il en a été de même dans le cas de lupus érythémateux. Ici, aussi, la région atteinte du nez n'a pas présenté trace de réaction.

On doit regretter que cette dénomination de lupus érythémateux fasse encore regarder cette maladie comme ayant des rapports avec la tuberculose.

Dans le cas de maladie d'Addison, l'application du remède de Koch a été faite moins pour éprouver son action élective que dans un but diagnostique. Le diagnostic certain de l'affection tuberculeuse des capsules surrénales ne peut être établi avant l'autopsie, et il est possible que, malgré l'examen le plus attentif, il y ait ailleurs un foyer tuberculeux.

Dans une autre série d'expériences faites pour étudier la réaction et l'action curative de la lymphe, l'auteur a inoculé 13 malades, tous lupeux, La plupart de ces malades présentent, outre du lupus, de la tuberculose des glandes, du périoste, des os et spécialement des poumons ; d'autre part, il existait le plus souvent sur le même malade plusieurs foyers lupiques. souvent éloignés les uns des autres.

Pick signale comme le résultat le plus important que *dans tous les cas la réaction générale et locale indiquée par Koch s'est produite d'une manière typique.*

Au début, il injectait des doses élevées (0,01), comme il l'avait vu faire à Berlin, et il n'employait de petites doses que chez les individus jeunes et chez les malades où l'on pouvait craindre que la réaction locale ne mît obstacle à la respiration par suite du siège de l'affection dans les voies aériennes supérieures. Dans tous les cas, il débute actuellement par de faibles doses (0,003) et il recommande de toujours s'en tenir là.

Voici maintenant la description des phénomènes généraux :

Le moment de leur apparition dans ces cas a concordé complètement avec les indications de Koch, c'est-à-dire 5 ou 6 heures après l'injection dans les cas de tuberculose floride ; plus tard, souvent avec un retard de 12 à 15 heures, dans les cas de foyers lupiques anciens encapsulés, situés dans un tissu fibreux peu vascularisé.

De l'étude attentive des feuilles d'observation de ces malades, il ressort que le maximum de la température, ainsi que de la respiration et du pouls, par conséquent le maximum de fièvre, n'est atteint d'ordinaire qu'après la deuxième injection, les quantités injectées étant les mêmes. En même temps, et le fait est extrêmement intéressant, les malades, à peu

d'exception près, même au moment du maximum de fièvre, n'ont nullement l'air aussi gravement atteints que ceux qui souffrent d'autres maladies, rougeole, variole, etc., avec une fièvre du même degré.

Il ne s'est produit de *somnolence* passagère que dans un cas après chacune des trois injections, dans un autre cas après la première et la troisième, et dans trois cas après une seule injection.

Un symptôme régulier, ce sont les *frissonnements, horripilations* qui dans neuf cas sont devenus de véritables *frissons* d'une demi-heure et dans un cas sont survenus après chacune des trois injections.

Un autre phénomène est constitué par des *malaises, nausées* et *vomissements*. Il y a eu des vomissements dans cinq cas. Ils précèdent habituellement le frisson ou surviennent au moment de l'acmé de la fièvre.

Un symptôme très intéressant est l'apparition d'exanthèmes. Ces exanthèmes ont le caractère des *exanthèmes médicamenteux* et en présentent presque toutes les formes. L'auteur a observé de l'urticaire, de simples rougeurs érythémateuses, maculeuses, morbilleuses, roséoliformes, sous forme de plaques, évoluant comme de simples hyperémies, sans desquamation, puis des exanthèmes scarlatiniformes graves amenant une desquamation lamelleuse, tels qu'on les rencontre exceptionnellement dans la scarlatine, mais fréquemment dans l'exanthème iodoformique non accompagné de bulles et de croûtes; il en a été ainsi dans un cas. Les formes légères disparaissent rapidement, ne survivent pas à l'accès de fièvre, et la desquamation dure souvent 5 à 6 jours. La disposition annulaire, comme dans l'érythème multiforme, est parfois intéressante. Le tronc est le siège de prédilection; les exanthèmes accompagnés d'une forte exsudation occupent de préférence les deux côtés du thorax et la région hypogastrique. Dans un cas où chaque injection fut suivie d'un exanthème morbilliforme, Pick a observé un herpès frontal bilatéral.

L'apparition d'un exanthème avec des doses de 0,003 à 0,01 est certainement un phénomène régulier; l'auteur l'a constaté à un degré plus ou moins prononcé dans tous les cas, sauf dans deux. Dans deux cas, il a observé un léger ictère, reconnaissable à une faible coloration jaune de la conjonctive et de la peau, ainsi qu'à la présence dans l'urine du principe colorant de la bile.

La recherche de l'albumine dans l'urine a été faite chaque fois par le procédé à froid et par la méthode de Koch; souvent, au moment du maximum de fièvre, on a observé un léger trouble.

L'examen du sang a montré constamment l'apparition d'une leucocytose.

Chez toutes les malades, l'auteur a attendu la fin des époques avant de faire les injections; cependant, chez une malade dont le flux menstruel n'avait pas complètement cessé, il survint, huit heures après l'injection, presque au moment de la plus vive réaction, des douleurs abdominales extrêmement violentes.

Après la réaction, l'état des malades est très variable; il dépend surtout de l'intensité de la réaction locale.

Quant à la description de la réaction locale dans les foyers tuberculeux, elle concorde entièrement avec celle de Koch.

Le premier phénomène, qui survient trois heures à trois heures et

demie après l'injection, est une sensation de fourmillements et de picotements dans les foyers tuberculeux et autour de ces foyers, puis apparaissent successivement les symptômes de l'inflammation : rougeur, élévation de la température, douleur et tuméfaction. Si les foyers sont profonds, l'exsudation est parenchymateuse; si les foyers sont superficiels et recouverts d'une couche cornée, il y a formation de bulles; si l'épithélium a disparu ou si la bulle s'est rompue, il se fait une exsudation à la surface. L'exsudat séreux, très albumineux, est parfois fort abondant; il s'écoule des foyers tuberculeux, jusqu'à ce que, après diminution de l'exsudation il se transforme en croûtes. Ces phénomènes s'aggravent quelquefois en ce sens que l'exsudat devient hémorrhagique, qu'il se produit une nécrose, nécrose diphtéritique du tissu tuberculeux. Cette dernière éventualité est principalement fréquente sur les muqueuses : Pick a pu l'observer, dans tous ses détails, dans trois cas où il s'agissait d'un lupus de la gencive, de la voûte palatine, du voile du palais et de l'épiglotte.

Quand la réaction a dépassé son point maximum, ce que l'on reconnaît facilement à la diminution de la rougeur, de la tuméfaction et par suite aussi de la tension, les croûtes ou les eschares diphtéritiques se détachent; l'auteur cherche à hâter ce processus par l'application de baume du Pérou, des pommades ou emplâtres au baume du Pérou. La quantité de tissu nécrobiosé qui se détache est considérable, ainsi que la profondeur des pertes de substance.

L'auteur appelle ensuite l'attention sur deux faits, d'abord sur le retard de l'apparition de la réaction locale dans les foyers lupiques situés dans une peau fibreuse, peu vascularisée et dans des cicatrices cutanées. Ce retard s'observe habituellement dans les lupus très anciens ou qui ont été souvent cautérisés, et un observateur superficiel pourrait penser que le remède de Koch ne détermine pas de réaction dans ce cas. La réaction locale survient dans chaque cas et devient souvent très violente à la suite de la deuxième injection.

Un autre mode de régression des infiltrats inflammatoires peut être regardé comme un processus de résorption. Les foyers lupiques précédemment succulents et plus ou moins proéminents se flétrissent, s'enfoncent audessous des tissus environnants et pâlissent. L'auteur ne peut encore rien dire de la marche ultérieure de ce processus.

Dans un cas, Pick a constaté la présence des bacilles tuberculeux dans la sécrétion et dans les croûtes de foyers lupiques en voie de réaction locale.

Ce qu'il est permis de dire actuellement, c'est que l'on possède dans la lymphe de Koch un remède d'une haute importance scientifique, d'une valeur diagnostique inestimable, et que ce remède constitue un médicament contre la tuberculose.

A. Doyon.

Traitement de Koch.— Prof. Helferich. Sur les résultats obtenus avec le remède de Koch chez des malades de la clinique chirurgicale de l'université de Greisswald (*Deutsche medic. Wochenschrift*, 1890, n° 50, p. 1162).

Lupus.

Cas I. — B. W..., 19 ans. Depuis cinq ans, lupus du nez, de la lèvre su-

périeure et du palais. Le nez et la lèvre sont très épaissis, les ailes du nez sont ulcérées, les bords détruits; des ulcères croûteux pénètrent aussi dans les fosses narines; cicatrices anciennes sur le voile du palais. Poumons sains.

Tel était l'état le 19 novembre et aujourd'hui, après quatre injections de 0,01, les ulcères sont transformés en surfaces de granulation nettes, dont les bords plans présentent un beau liséré épithélial; les ulcérations de la lèvre sont presque guéries. L'épaississement du nez et de la lèvre supérieure a presque complètement disparu.

La réaction générale a été chaque fois intense. Voici les observations faites après les quatre injections :

I. — Début de la fièvre, 4 heures après l'injection; température la plus élevée, 12 heures après l'injection, 40°,3; durée totale de la fièvre 50 heures.

II. — Début de la fièvre au bout de 4 heures; maximum 40°,9, après 10 heures; durée 24 heures.

III. — Début de la fièvre au bout de 4 heures; maximum 40°,4-8; durée totale, 16 heures.

IV. — Début de la fièvre au bout de 4 heures; maximum 39°,4; durée totale, 14 heures.

Après chaque injection, douleurs lancinantes dans le corps. Localement, avec le début de la fièvre, forte rougeur et tuméfaction des parties malades; même phénomène sur les joues, particulièrement à gauche, avec gonflement de la paupière et engorgement des glandes cervicales.

Cas II. — B. S... 22 ans. Depuis six ans, lupus du nez et de la lèvre supérieure. Traité deux fois à la clinique pendant plusieurs mois et sorti « guéri ». Il revient actuellement pour une récidive grave avec tuméfaction lupique du nez dont les ailes et la cloison sont en partie détruites et recouvertes de granulations fongueuses. Sur la lèvre supérieure très tuméfiée, large ulcération.

Le 20 novembre ont commencé les injections; jusqu'ici on en a fait 4 de 0,01.

Aujourd'hui les parties malades sont moins épaisses, les ulcères nettoyés, épiderme normal au bord des surfaces en voie de granulation.

La réaction locale après les injections a été très violente ; la réaction générale, modérée. La température est montée : après la première, à 39°; après la deuxième, à 38°, 6 ; après la troisième, à 39°, 6 ; après la quatrième, à 39°.

Cas III. — C. H... 33 ans. Lupus de la face datant de 20 ans. Le nez est réduit à une petite saillie aplatie ; les narines sont maintenues ouvertes à l'aide de drains : la bouche est constituée par une petite ouverture rigide. Le front, les joues, la région sous-maxillaire représentent une surface lupique, ulcérée en quelqnes points. Plaques lupiques dans la région scapulaire gauche, axillaire droite et sur l'avant-bras du même côté.

Le 20 novembre, on commença les injections par 0,005. La réaction fut très forte. La fièvre commença 6 heures après l'injection, atteignit jusqu'à 40°, 2 quatorze heures après et persista ainsi vingt-quatre heures. Pouls à 140. Respiration, 44. Sur les plaques lupiques, en même temps que la rougeur augmentait d'intensité, on constata une forte tuméfaction. Autour des plaques lupiques, zone blanche de 1 cent. à 1 cent. 1/2 de largeur,

puis parties avoisinantes d'un rouge inflammatoire. Ces modifications étaient surtout accusées au niveau de la plaque de la région scapulaire : à une certaine distance, il y avait au dessous, sur le dos, deux nouvelles plaques lupiques saillantes, injectées, douloureuses au toucher, non remarquées auparavant, séparées de la peau rouge environnante par une zone blanche. Ce sont des nodosités lupiques rendues visibles par l'injection. Les parties affectées de la face sont recouvertes de croûtes; ganglions cervicaux tuméfiés; exanthème scarlatiniforme sur le tronc et le cou; céphalalgie, nausées, agitation, anxiété précordiale, inappétence. Tous ces symptômes ne disparurent que le 24 novembre. La deuxième injection (toujours de 0,005), le 28 novembre, provoqua les mêmes phénomènes généraux et locaux qui eurent une durée totale de soixante heures. 2 décembre, troisième injection de 0,005. La température commença de s'élever au bout de deux heures et atteignit 41°, 3, six heures après l'injection. Cette fois la durée ne fut que de vingt-neuf heures.

Sous l'influence de ce traitement, la plaque de la région scapulaire gauche est presque desséchée, affaissée au-dessous du niveau de la peau, brun rouge, recouverte d'une pellicule en furfuration; ses dimensions sont plus petites. Les plaques nouvelles ne font plus saillie; sur la face l'amélioration est moins prononcée.

Cas IV. — R. W... 18 ans. Cette malade avait été traitée à la clinique et par les moyens usuels, et était guérie au moment de son départ. Sous l'influence de l'injection de Koch, il y eut une réaction générale et locale si forte qu'elle mit en évidence de nombreux tissus tuberculeux sur le nez récemment cicatrisé.

On fit quatre injections, chaque fois avec 0,01.

I. — Début, 8 heures après l'injection; maximum, 39°,7; 12 heures après l'injection; durée de la fièvre, 38 heures.

II. — Début, 4 heures après l'injection; maximum, 39°,9; 8 heures après l'injection; durée de la fièvre, 30 heures.

III. — Début, 2 heures après l'injection; maximum, 40°,6; 8 heures après l'injection; durée de la fièvre, 19 heures.

IV. — Début, 2 heures après l'injection; maximum, 40°,2; 10 heures après l'injection; durée de la fièvre, 16 heures.

Cette jeune fille fut chaque fois très malade. Oppression très forte et accès de toux; céphalalgie et douleur dorsales très pénibles. Localement, tuméfaction énorme et rougeur du nez, ainsi que de la lèvre supérieure et des joues, régions qui jusqu'alors n'avaient pas paru affectées.

Il y a trois jours que la dernière période fébrile a cessé et le nez est un peu rétracté.

Des observations faites sur ces quatre cas il résulte que :

1° L'injection provoque dans les plaques lupiques visibles un état analogue à l'inflammation, mais n'agit ni sur les tissus sains ni sur les tissus pathologiques non tuberculeux.

2° Elle fait réapparaître des restes de tissu tuberculeux dans des cicatrices lupiques en apparence saines.

3° Des nodosités lupiques récentes, non encore visibles à l'œil nu, en quelque sorte latentes, sont mises en évidence par l'injection.

Avec la lymphe de Koch, on a un agent en quelque sorte analogue à l'action du mercure et de l'iodure de potassium sur les tissus syphilitiques. Ici aussi, on constate une modification des tissus altérés par la maladie spécifique, modification aboutissant à la guérison et à laquelle on ne peut refuser non plus une signification diagnostique dans certains cas.

A. Doyon.

Traitement de Koch. — Kaposi. Zur Behandlung des Lupus vulgaris mittels Koch'scher Lymphe (Communication faite à la Société I. R. des Médeciens de Vienne dans la séance du 16 janvier 1891. Tirage à part de la *Wiener klin. Wochensch.*, 1891 n° 4).

Le professeur Kaposi présente six cas de lupus vulgaire, lesquels représentent l'état actuel des lupiques, au nombre de 32, qu'il a traités par les injections de Koch depuis le 29 novembre et le commencement de décembre. Ce n'est que dans quelques semaines qu'il lui sera possible de donner un compte rendu détaillé des observations faites au cours du traitement.

Il a cru devoir néanmoins montrer ces malades parce qu'en les comparant aux types de leurs formes morbides figurées ici (lupus exfoliatif, disséminé et serpigineux de la face, lupus exulcéré et papillaire des lèvres, du nez, des membres supérieurs, lupus généralisé des régions fessière, fémorale et du tronc), ils présentent une si grande amélioration : affaissement et formation d'épiderme sur les points exulcérés, qu'un œil peu exercé pourrait peut-être les regarder comme guéris. Ils ne le sont pourtant pas. Les cas qu'il a vus à Berlin offraient aussi un aspect plus ou moins analogue.

La seconde raison, et peut-être la plus importante, de cette présentation, c'est qu'à son avis les essais thérapeutiques du nouveau remède touchent à un moment critique dont il tenait à signaler ici la partie essentielle.

Cette opinion ne lui a pas été suggérée par la publication faite hier par R. Koch, dans laquelle il fait connaître la voie qui l'a conduit à la préparation et à l'emploi thérapeutique de son remède, en même temps que sa manière de voir en ce qui concerne la nature et le mode d'action de ce médicament. Il l'a acquise il y a déjà huit jours et il l'a manifestée dans sa clinique par son langage et ses actes. La publication de Koch n'a fait que lui donner une base plus positive.

Il a déjà dit qu'il avait constaté que les malades, malgré une forte augmentation des doses, ne présentaient ni réaction générale ni réaction locale. Mais l'essence et le critérium clinique d'une action du remède se trouvent dans la réaction locale (inflammation, tuméfaction, exsudation) et la réaction générale (fièvre et complexus) proportionnelle. Or ces réactions font défaut ou sont minimes. La plupart des malades en sont arrivés le 10 janvier à leur dixième ou douzième injection et ne montrent aucune réaction pour des doses de 5 à 8 centigrammes.

Il a été ainsi conduit à diviser ses malades en deux catégories. Ceux de la première seraient injectés avec des doses progressivement croissantes, éventuellement jusqu'à la dose maxima indiquée par Koch pour les personnes saines (0,25). Au cours de ces injections, deux éventualités seraient

à prévoir : ou bien des réactions surviendraient et alors l'amélioration pourrait encore augmenter, ou bien il ne se produirait pas de réaction et dans ce cas l'expérience serait terminée dans le sens des doses croissantes.

Les malades de la deuxième catégorie seraient laissés en repos pendant quelque temps, deux à trois semaines. Il pourrait se faire qu'après ce délai ils réagissent de nouveau avec les petites doses et obtiennent ainsi une nouvelle amélioration.

Mais, devait-il se dire, ces cas ne seraient pas repris simplement au point où ils en sont aujourd'hui. Dans l'intervalle des nodosités lupiques se seraient développées de nouveau, sans atteindre peut-être le degré antérieur au premier traitement.

Maintenant que l'on est exactement renseigné par Koch sur le mode d'action de la lymphe, sur le processus interne, il n'a aucune raison d'abandonner l'opinion à laquelle il est arrivé il y a huit jours et l'expérience thérapeutique basée sur cette opinion. Au contraire, l'une et l'autre lui paraissent avoir acquis une nouvelle justification.

La théorie de Koch peut s'énoncer à peu près de la manière suivante :

Les bacilles vivant dans le tissu tuberculeux donnent naissance par leurs échanges intra-organiques à un virus nécrobiosant. Celui-ci peut produire directement ou préparer la nécrose, mais seulement des cellules vivantes du pourtour immédiat et certainement pas dans une zone plus étendue. La quantité de ce virus d'origine locale est donc trop faible pour détruire tout le tissu malade.

Mais si le même virus, extrait par Koch de cultures de bacilles de la tuberculose — sa « lymphe » — est introduit dans le tissu tuberculeux par une injection, il s'ajoute à celui qui s'y trouvait déjà, et la quantité totale est maintenant assez grande pour produire la nécrobiose du tissu dans un rayon plus large. Au début, une faible addition sera suffisante; plus tard, la quantité ajoutée devra augmenter dans la proportion où le tissu imprégné de virus par les bacilles aura diminué ou même disparu. Remarquons en passant que Koch, en fait d'action locale de cette addition progressive de lymphe, ne signale que la mortification des cellules vivantes. Nous, cliniciens, sommes d'avis que l'*inflammation*, qui se manifeste d'une façon si accusée, et l'imbibition du tissu par l'exsudat fibrineux sécrété en abondance, constaté par Kromayer, Riehl, Jacobi, et dans sa clinique par Lukasiewicz, ont une part importante dans les processus de répression consécutifs, comme l'érysipèle qu'il a présenté ici le 28 novembre de l'année dernière.

Si, dit Kaposi, je tiens compte maintenant de la publication de Koch pour soumettre à la critique la manière de voir que j'ai exposée plus haut, je suis conduit à ceci :

Relativement à la première catégorie de malades, mon hypothèse subsiste. Comme de fortes doses ne provoquent pas de réaction, le tissu lupique encore existant n'est plus imprégné de virus intra-lupique et nous devrons arriver aux doses plus fortes qui sont capables d'atteindre d'autres cellules vivantes privées de virus, des cellules normales. Mais alors on devra se demander si, dans l'intérêt de l'organisme, il est permis de pousser l'expérience jusqu'à un tel point; nous savons, en effet, et Koch le

reconnaît aussi, que de pareilles doses portent une atteinte grave à d'autres cellules vivantes, en premier lieu aux corpuscules du sang, comme cela résulte de l'apparition d'ictère, de peptonurie, d'hématurie, d'hypertrophie de la rate, etc...

En ce qui concerne les probabilités admises pour la deuxième catégorie de lupeux, les indications de Koch ne font que leur donner une plus grande vraisemblance et une base plus profonde.

Dans la nodosité lupique, il n'y a, comme on le sait, de l'aveu même de Koch, qu'un très petit nombre de bacilles. Ces rares bacilles ne produisent, d'après Koch, que la nécrose des cellules immédiatement voisines, par le virus qu'ils engendrent. Les cellules géantes sont regardées par Koch, au sens de Weigert, comme des cellules de ce genre partiellement nécrosées. Chez nos malades traités depuis six semaines et améliorés, mais qui ne réagissent plus avec des doses de 4 à 8 centigrammes, tout le produit nécrobiosant des bacilles intra-lupeux est épuisé.

Si nous laissons les malades au repos, voici ce qui peut arriver :

Ou bien les bacilles, entourés d'éléments nécrosés, sont morts ou n'ont qu'une faible vitalité, ce qui est regardé comme possible par Koch, et alors ils ne sécréteront aucun produit. Dans ce cas, les cellules lupiques ne réagiront pas avec de faibles doses de lymphe, et les conditions sont aussi mauvaises pour le traitement ultérieur que, d'une manière générale, quand il faut injecter de fortes doses et atteindre les doses maxima.

Mais la probabilité n'est pas en faveur de cette hypothèse. Koch a affirmé à plusieurs reprises que les bacilles ne sont pas tués.

Il est donc probable que dans un intervalle de deux à trois semaines ils végéteront de nouveau et donneront naissance par leurs échanges intra-organiques au produit nécrobiosant qui imprégnera les cellules de leur voisinage immédiat. De petites doses redeviendront suffisantes et on pourra de nouveau avancer lentement.

Seulement il est un facteur important qu'il ne faut pas perdre de vue.

Les bacilles ont non seulement une action nécrobiosante sur le tissu environnant, mais encore une autre très importante, une action irritante, à laquelle on peut, avec Billroth, donner le nom d'*irritation formative — formativen Reiz;* — l'effet de celle-ci est la production de ce tissu de granulation de formation nouvelle qui constitue la nodosité lupique. La végétation renaissante des bacilles s'accompagnera donc de l'irritation formative, c'est-à-dire, en empruntant le langage clinique, que les nodosités lupiques se développeront aussi de nouveau dans cet intervalle de deux à trois semaines.

On tourne ici dans un cercle vicieux et l'important serait de savoir ce qui va le plus vite, de la production et de l'action du produit nécrobiosant des bacilles ou de l'action formative, la formation des nodosités.

Je crains que ce soit la dernière, car il résulte de l'observation que c'est toujours le tissu de granulation très vascularisé qui apparaît le premier sous forme de nodosité lupique jeune ; les formes de nécrose, les cellules géantes, ne se rencontrent que plus tard et au centre des nids.

Vous pouvez constater qu'il en est ainsi chez ces malades. Dans la mesure où ils ne réagissent plus avec des doses faibles et répétées, où ils

n'ont plus de fièvre, où leur nutrition générale augmente de nouveau, où la turgescence de la peau devient meilleure, des nodosités et les bords des plaques serpigineuses qui s'étaient affaissés se relèvent et s'infiltrent. On voit même apparaître depuis ces derniers jours de nouvelles nodosités lupiques isolées en dehors et à une grande distance des foyers anciens. Dans tous les cas, la répétition de cette évolution circulaire a confirmé ce que je prévoyais déjà le 28 novembre et ce que je disais en présence de Koch, que dans l'hypothèse la plus favorable un grand nombre de mois s'écouleraient avant qu'on ait obtenu une guérison.

L'élimination des bacilles eux-mêmes serait donc, comme on le voit, une condition essentielle pour empêcher de nouvelles poussées et de nouvelles manifestations lupiques.

Cette élimination, Koch se l'est figurée très facile. Sur un lupus exulcéré, où le tissu lupique est à découvert, elle peut avoir lieu en partie pendant la réaction inflammatoire et l'exsudation; Rydigier, de Cracovie, aurait même trouvé, en pareil cas, tout un petit amas de bacilles dans l'exsudat.

Mais après deux ou trois injections le lupus exulcérant se cicatrise. Les conditions sont alors les mêmes que pour la nodosité lupique profonde recouverte de chorion, de tissu papillaire et d'épiderme intact. Là, aucune voie n'est ouverte à l'élimination des bacilles. Ceux-ci resteront en place ou émigreront par les fissures du tissu ou les fentes lymphatiques et provoqueront de nouveau les effets déjà signalés : accroissement du tissu lupique ancien et métastases régionaires, nodosités nouvelles.

Lors donc que le traitement par les injections serait aussi favorable que possible, déjà, pour cette dernière raison, la nécessité d'éliminer les bacilles, l'enlèvement du foyer lupeux s'imposerait, c'est-à-dire que l'on devrait revenir — on ne peut le dire qu'avec regret — au Paquelin, à la curette, etc., c'est-à-dire à l'ancienne méthode.

Mais ce serait une grande injustice de repousser l'effet remarquable d'amélioration, d'affaissement et de régression du lupus produit par le remède de Koch, effet que l'on peut constater chez les malades. Il conviendrait au contraire d'utiliser cette action pour gagner une grande avance dans le traitement, notamment dans les cas de foyers multiples et d'extension aussi considérable que chez l'un de ces malades. Il n'existe, en effet, aucun remède qui, comme la lymphe de Koch, attaque en même temps et si uniformément tous les foyers, tout en ne portant qu'une atteinte relativement faible à l'organisme. Aucun caustique ne pourrait jamais être appliqué en même temps sur d'aussi grandes surfaces.

Mais la question du lupus mise à part, le mouvement provoqué par la découverte de Koch persistera longtemps. On recherchera notamment si d'autres dérivés albuminoïdes n'ont pas une action analogue sur cette maladie ou sur d'autres maladies infectieuses. Peut-être les cliniciens devront-ils s'abstenir pendant quelque temps de participer à ce mouvement et garder le silence : ce sera alors le tour des anatomo-pathologistes et des chimistes de prendre la parole.

A. Doyon.

REVUE DES LIVRES

Dr Dubois-Havenith. **Du lupus vulgaire spécialement étudié au point de vue de son étiologie, de sa pathogénie et de son traitement** (Thèse d'agrégation présentée à la Faculté de médecine de l'Université de Bruxelles, in-8° de 157 pages; Lamertin, éditeur, Bruxelles).

Nous regrettons que les nécessités de la publication ne nous permettent pas de donner une analyse détaillée de l'ouvrage de M. le Dr Dubois-Havenith : sa thèse nous semble, en effet, avoir une réelle importance, toucher à des questions fort controversées et renfermer des aperçus nouveaux. Elle offre le double intérêt d'avoir été composée avec le soin le plus minutieux, au moyen de documents inédits rassemblés pendant huit années d'une pratique étendue et d'émaner d'un dermatologiste d'une complète indépendance d'esprit dont l'éducation on ne peut plus éclectique s'est faite dans les divers grands centres scientifiques de l'Europe.

Dans une première partie, l'auteur étudie l'étiologie et la pathogénie du lupus vulgaire. Il conclut à la nature nettement tuberculeuse de cette affection. D'après ses documents personnels, la tuberculose pulmonaire semblerait être plus fréquente chez les sujets atteints de lupus érythémateux que chez ceux qui sont atteints de lupus vulgaire.

Il démontre de la manière la plus péremptoire qu'il est impossible de préciser la part réelle qui revient au lupus dans la production des complications viscérales et en particulier de l'infection pulmonaire observées chez les lupiques. Il est, d'après lui, encore beaucoup moins aisé d'établir d'une manière rigoureuse, ou même approximative, la proportion des lupiques qui sont devenus phthisiques, selon le traitement auquel chacun d'eux a été soumis. Dans les cas rares où il a vu la tuberculose pulmonaire se manifester ou s'aggraver après la guérison d'un lupus ou après une intervention opératoire énergique, c'est toujours aux méthodes ignées (thermo ou électro-puncture) qu'il avait eu recours.

Dans une deuxième partie, le docteur Dubois-Havenith expose la thérapeutique du lupus. Nous ne saurions trop engager les praticiens à lire les intéressants chapitres où il fait connaître sa ligne de conduite, suivant le siège et l'étendue de l'affection. Il a fort bien compris que, dans le traitement d'une maladie aussi rebelle, aussi complexe de forme, aussi variable d'allures, il faut avant tout être éclectique; il a été douloureusement frappé de voir avec quelle lenteur on conduit les lupiques à une guérison douteuse; d'où sa tendance, que nous approuvons, à ruginer à fond, puis à cautériser énergiquement, dans la plupart des cas, les foyers lupiques, en les poursuivant dans toutes leurs anfractuosités.

Nous ne saurions trop louer l'esprit de sage réserve, de critique à la fois juste et modérée qui règne dans tout cet ouvrage. Notre confrère a su,

ce nous semble, garder un juste milieu en discutant toutes les opinions contradictoires qui ont cours en ce moment sur le lupus et sa thérapeutique ; il a fait en même temps œuvre personnelle : aussi lui adressons-nous toutes nos plus vives félicitations. L. B.

M. Möller. Studier öfver Ryggmärgssyfilis (*Étude sur la syphilis de la moelle épinière* (*Nordiskt medicinskt Arkiv*, 1890, Bd. XXII, n° 22).

De l'étude de vingt-quatre observations de syphilis de la moelle épinière avec autopsie publiées dans les vingt dernières années, l'auteur conclut que les lésions médullaires syphilitiques peuvent se grouper de la façon suivante : 1° inflammations simples aiguës ou chroniques, 2° produits gommeux spécifiques soit circonscrits (gommes), soit sous la forme diffuse. Il n'existe pas encore de faits de syphilis médullaire avec lésions portant uniquement sur les vaisseaux, bien qu'il y ait souvent des lésions vasculaires en même temps que des lésions des méninges et de la névroglie. Dans quelques cas, il semble que l'atrophie nerveuse pure était sous la dépendance directe de la syphilis.

L'auteur rapporte cinq cas de syphilis médullaire précoce, dans lesquels le début de l'infection syphilitique remontait à deux ans au plus.

Une de ces observations est particulièrement intéressante, en raison de l'autopsie avec examen histologique qui y est jointe. La mort y est survenue deux mois après le début d'une paraplégie subite. La moelle, qui ne présentait aucune lésion appréciable à l'œil nu au moment de l'autopsie, offrait, après le durcissement par la liqueur de Müller, des stries et des points jaune grisâtre nombreux dans la substance blanche de la région dorsale. Au microscope, les artères et les veines des parties périphériques de la moelle étaient rétrécies ou oblitérées, les lésions artérielles consistaient principalement en endartérite avec légères altérations de la tunique externe ; dans la substance blanche, les éléments nerveux avaient subi des altérations dégénératives : les tubes nerveux étaient en partie disparus, remplacés par des corps granuleux ; des lésions semblables existaient dans les racines nerveuses postérieures. Les lésions consistaient donc dans une nécrose ischémique de la substance blanche et de certaines racines postérieures, produite par les troubles circulatoires consécutifs aux lésions des vaisseaux postérieurs. Ce cas est très important, car il correspond, pour la moelle, aux observations d'artérite cérébrale sans lésions du tissu interstitiel du cerveau. Il montre également ce fait intéressant au point de vue de l'étude de l'artérite syphilitique en général, que les lésions de l'endartère peuvent être très prononcées, aboutir même à l'oblitération des vaisseaux, sans que les tuniques externes présentent de traces d'altérations, contrairement à l'opinion soutenue par Baumgarten.

Georges Thibierge.

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 27397.

REVUE GÉNÉRALE

DE L'IMMUNITÉ SYPHILITIQUE

(AUTO-INOCULATION, RÉINOCULATION, RÉINFECTION)

Par **L. Hudelo**

Ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.

CHAPITRE PREMIER

Parmi le groupe des maladies infectieuses, certaines présentent ce caractère spécial qu'elles déterminent dans l'organisme où elles se développent une modification telle, que cet organisme ne peut plus se prêter au développement d'une nouvelle atteinte de la maladie : ce fait constitue l'immunité.

L'immunité dure autant que la maladie elle-même, c'est une loi absolue ; on n'a pas en même temps deux varioles, deux rougeoles, etc.

Elle commence dès que l'infection générale de l'organisme est réalisée : en général, c'est au moment de l'apparition des premiers symptômes ; d'autres fois, c'est plus tôt, dans cette période latente plus ou moins longue d'incubation qui s'écoule entre le jour de l'infection et l'apparition des premières manifestations. Elle se caractérise alors, dans les maladies où les premiers accidents sont transmissibles à l'individu sain par l'inoculation, par l'impossibilité de réinoculer ces lésions au porteur.

D'autre part, cette immunité persiste alors même que la maladie a achevé son évolution ; cette immunité peut être permanente, durer autant que la vie de l'individu infecté ; c'est le cas habituellement pour la fièvre typhoïde, la scarlatine, la coqueluche, les oreillons, la variole ; d'autres fois, au contraire, l'immunité n'est que temporaire, et, après un temps variable, l'organisme cesse d'être réfractaire : c'est le cas de la rougeole et surtout de la vaccine.

Quelle que soit la durée de l'immunité, tant qu'elle persiste chez un individu, la réinfection de cet individu est impossible, et, si la maladie qui a conféré l'immunité était inoculable, on ne saurait songer à la réinoculer avec succès au sujet réfractaire.

La syphilis fait partie du groupe des maladies infectieuses, dont l'atteinte confère au sujet l'immunité ; cette loi avait été déjà reconnue

par Hunter; le virus syphilitique n'est inoculable ni à l'individu porteur, ni à aucun autre syphilitique; le sujet syphilitique se crée, par les accidents généraux, une immunité qui persiste en général toute la vie.

Démontrer la vérité de cette loi, rechercher quand l'immunité commence, quand et même si elle finit, voir si elle se transmet à la descendance, sera l'objet du présent travail.

Nous rappellerons, avant de commencer cette étude, que, dans les questions d'immunité, de réinoculation, de réinfection, comme de vaccination préventive, il est difficile de déduire ce qui se passera dans une maladie infectieuse quelconque de ce qui se passe dans une autre maladie infectieuse : chacune a sur ce point ses réactions propres, souvent fort dissemblables les unes des autres. Ceci nous semble important à noter, quand on voit tous les auteurs, qui se sont occupés de la réinoculation et de la réinfection syphilitiques, faire appel constamment à ce qui se passe à ce point de vue pour la vaccine, la variole.

Tout d'abord, il y a, entre l'évolution de ces maladies et celle de la syphilis, des différences primordiales, qui rendent l'analogie hypothétique.

D'une part, nous avons affaire à des maladies aiguës, à incubation courte, à évolution également courte et cyclique.

D'autre part, nous sommes en présence d'une maladie, la syphilis, à incubation longue (25 jours en moyenne), débutant par un accident qui semble localisé, le chancre, pour aboutir, après une étape ganglionnaire constante, et dans un temps qui s'étend jusqu'à quarante-cinq jours après l'apparition du chancre, à l'explosion d'accidents contagieux par contact et inoculables à l'individu sain ; enfin, après quelques années de cette période virulente, la syphilis se transforme, semble-t-il, pour produire des accidents d'allure nouvelle, qui ne sont plus ni contagieux, ni inoculables. Cette dernière période a une durée absolument indéterminée, procédant par poussées irrégulières, séparées par des périodes de silence plus ou moins longues, au point qu'on pourrait la définir, avec Fournier, un état de santé parfaite interrompu seulement par des explosions d'accidents de temps en temps. Nous verrons, lorsque nous chercherons à établir quand cesse l'immunité syphilitique, et si même elle cesse jamais, que toute la difficulté du problème réside dans le fait de ces rémissions parfois indéfiniment prolongées, sans qu'on puisse dire si la maladie est oui ou non guérie, et dans le nombre de cas cliniques où l'on voit l'évolution de la maladie durer toute la vie.

La syphilis se caractérise donc par une évolution particulière et singulièrement longue, qui la différencie radicalement des autres maladies infectieuses conférant l'immunité.

Ce n'est point par des considérations théoriques que nous pourrons arriver à déterminer les conditions de l'immunité syphilitique, mais seulement par l'analyse des faits expérimentaux et cliniques qui se rapportent à cette question : encore ne nous suffira-t-il pas de les compter, il nous faudra surtout les peser avec soin.

CHAPITRE II

De l'immunité au cours de la syphilis constitutionnelle

C'est une règle générale que, pendant l'évolution de la syphilis constitutionnelle, l'organisme infecté reste réfractaire au développement d'une nouvelle syphilis, et cela même après que les accidents contagieux et inoculables ont fait place aux accidents tertiaires.

Cette loi est prouvée par d'innombrables faits expérimentaux et cliniques.

Des milliers d'expériences d'inoculation et de réinoculation de lésions syphilitiques ont été faites dans la première moitié de ce siècle, notamment de 1835 à 1865. Sur un point, elles furent immédiatement concluantes, sur l'inoculabilité de la syphilis dans ses périodes primaire et secondaire à l'individu sain, et l'on put déterminer à loisir la durée de l'incubation, la forme de la lésion primitive et la marche de l'infection générale. Mais, en même temps qu'on inoculait la syphilis, on la réinoculait aux malades qui en étaient porteurs, et l'on crut un moment avoir trouvé dans les réinoculations successives un traitement radical de la maladie, qui prit le nom de syphilisation, et auquel s'appliquent surtout les noms d'Auzias-Turenne en France, de Sperino en Italie, de Bœck en Norvège.

Or un fait ressort nettement de ces milliers d'expérimentations, c'est l'impossibilité absolue de réinoculer avec succès des lésions syphilitiques, inoculables à l'individu sain (chancres, lésions secondaires), sur des individus atteints de syphilis et porteurs de lésions syphilitiques : c'est la confirmation expérimentale de cette loi qu'on ne peut avoir deux syphilis simultanément, parce que la syphilis détermine une infection générale de l'organisme telle que l'immunité est dès lors constituée et le terrain rendu réfractaire.

Le plus grand nombre de ces tentatives de réinoculation ont été faites sur des syphilitiques porteurs de lésions secondaires; elles ont, on peut le dire, été toutes négatives. Citons notamment celles de Hunter, de Wallace, de Colles (*Dublin medical Press*, 1844), de Ricord (1831-1837), de Rollet, Diday, Rodet, Baumès, dont les expérimentations faites à l'Antiquaille de Lyon se comptent par centaines, de Bouley et de Schnepf (*Annales des maladies de la peau*, t. IV, p. 7), qui firent vingt réinoculations, toutes négatives.

Cependant, tandis que se poursuivaient ces essais infructueux, un certain nombre d'observations furent publiées, tendant à prouver la réinoculabilité de syphilitiques atteints de lésions secondaires. Citons les observations de Cazenave (Vidal, *Tr. des mal. vén.*, p. 394 ; *Ann. de Cazenave*, 1850, p. 100), de Vidal (4 obs., *l. c.*, pp. 284, 374, 386, 400), de Puche (Vidal, *l. c.*, p. 392), de Richet (Vidal, *l. c.*, p. 395), de Velpeau (Auspitz, *Lehre vom Syphil. contag.*, 1866, p. 306), de Sperino (*la Syphilisation*, 1853, p. 18), de Kobner (2 obs., *Klinische und experimental Mittheilungen uber Syphilis*, Erlangen, 1864), de Wallace (*Annales des mal. de la peau*, p. 34), de Michaelis (Auspitz, *l. c.*, p. 307, 2 obs.).

Nous pouvons éliminer d'emblée les observations de Cazenave, Vidal (p. 374), (p. 386), (p. 400), de Puche, de Sperino, de Kobner.

Dans l'observation de Cazenave, une malade ayant eu un chancre, il y a huit mois, et atteinte d'ecthyma syphilitique, est inoculée, le 17 août 1850, aux deux avant-bras avec le pus d'une de ses pustules, et, le 19, quarante-huit heures après, apparaissent des pustules d'inoculation.

Dans le cas de Vidal (p. 374), c'est un homme, ayant eu un chancre il y a cinq mois, porteur de pustules sur les bras et les cuisses (du genre de la varicelle), qui est inoculé le 22 octobre 1850, à la cuisse, avec le pus d'une de ces pustules; le lendemain apparaisseut deux pustules d'inoculation.

Le cas de Vidal (*Ann. Cazenave*, 1850, p. 114; Vidal, *l. c.*, p. 386) est celui d'un interne en pharmacie, Boudeville, auquel la syphilis avait été inoculée, et chez qui un chancre induré était apparu six semaines avant l'expérience actuelle; il était, en ce moment, porteur, au-devant de la poitrine, de pustules qui, réinoculées à chaque cuisse, le 28 octobre 1849, déterminent, dès le 29, des élevures, bientôt transformées en pustules, elles-mêmes réinoculables.

L'observation de Vidal et Rossen (Vidal, p. 400) se rapporte à un homme atteint de syphilides pustuleuses de la fesse, qui, inoculées le 9 avril 1851 aux avant-bras, déterminèrent, dès le 11, des pustules analogues.

Dans le cas de Puche et Duménil (Vidal, p. 392), il s'agit d'un homme, ayant eu un chancre, il y a quinze mois, portant sur la jambe droite quatre ulcérations, dont deux consécutives à une contusion, et chez qui, le 1er novembre 1850, on inocule à la cuisse droite du pus d'une de ces ulcérations; dès le 2, vésicule; dès le 3, pustule qui devient croûteuse le 4 et cicatrise rapidement.

L'observation de Sperino (*la Syphilisation*, 1853, pp. 17 et 18) a trait à une femme atteinte d'un chancre induré finissant, de syphilide ecthymateuse (siégeant surtout sur les fesses) et qu'on inocule le 30 janvier à la cuisse avec le pus d'une de ces lésions ecthymateuses;

le 5 février, il y a déjà deux pustules d'inoculations formées, qui, le 16, se recouvrent de croûtes; inoculations semblables le 10 février, et réinoculation le 17 des pustules qui ont succédé à l'inoculation du 10. — En même temps, on inocule le 17 février, à une autre femme syphilitique, le pus d'une de ces pustules, et on obtenait bientôt sur cette seconde femme des pustules ecthymateuses semblables.

Dans les deux cas de Kobner, on note aussi des pustules, développées sans incubation, ni accidents ultérieurs.

Que voyons-nous, en somme, dans tous ces cas ?

1° Comme lésions inoculées, des lésions ecthymateuses, dites syphilitiques; or, dans le cas de Boudeville, le chancre datant de six semaines, le malade eût dû présenter au plus de la roséole, dans le cas de Vidal et Rossen et dans celui de Sperino, les pustules ecthymateuses ont un siège fessier, qui fait penser à la gale; dans le cas de Puche, les pustules ont succédé à une contusion. — Donc, dans la plupart des cas, les lésions inoculées ont été des pustules d'ecthyma, et non des lésions syphilitiques.

2° Comme lésions consécutives à l'inoculation, des pustules ecthymateuses, sans incubation (vingt-quatre à quarante-huit heures), sans induration ultérieure, sans retentissement ganglionnaire, abortives. Or, s'il est un fait bien établi, c'est que lorsque l'inoculation d'une lésion syphilitique secondaire est positive, elle détermine une lésion qui réunit les quatre conditions suivantes :

1° Incubation prolongée (vingt à vingt-cinq jours);

2° Induration progressive de la lésion;

3° Retentissement ganglionnaire (pléiade indolente et dure);

4° Durée assez longue (au moins trois semaines).

Donc, dans tous les cas, ce qu'on a inoculé, c'est de l'ecthyma; ce qu'on a obtenu, c'est de l'ecthyma.

Le cas de Velpeau (*Acad. de méd.*, 6 septembre 1852; Auspitz, *l. c.*, p. 306) n'a rien non plus de probant : il s'agit d'un malade porteur de végétations syphilitiques (?) du bras inoculées par contact au prépuce.

Il nous reste, en somme, quatre observations à discuter.

Une observation de Vidal et Pellagot (Vidal, *l. c.*, p. 284) qui concerne un homme syphilitique depuis quatre ou cinq mois, porteur de trois plaques muqueuses anales, auquel on appliqua, le 24 juillet 1851, un vésicatoire au bras gauche : ce vésicatoire est pansé le 25 avec de la charpie imbibée du liquide provenant de plaques anales d'un autre malade syphilitique du service de Puche. Par comparaison, on applique le 1er août un deuxième vésicatoire, celui-ci au bras droit, que l'on panse simplement avec de la pommade épispastique; le 5 août, le vésicatoire gauche présente une plaque rouge, à surface inégale, qui devient fongueuse, avec une circonférence molle,

d'un rouge brunâtre. En septembre seulement, on voit la partie centrale de cette plaque former une élevure, du diamètre d'un bouton de gilet, sèche et consistante. — Il n'y a eu, à aucun moment, d'adénopathie correspondante.

Comme le font remarquer Rollet, Mauriac, il est évident qu'il est impossible de voir une lésion de réinoculation syphilitique dans cette plaque, survenue après une incubation écourtée de dix jours, sans retentissement ganglionnaire, sans accidents spécifiques ultérieurs.

Dans l'observation de Richet et Dubreuil (Vidal, *l. c.*, p. 395), nous voyons une femme, portant des boutons plats à la vulve, dont deux, à la fourchette, ont l'aspect de chancres se transformant *in situ* en syphilides secondaires. Cette malade, entrée à l'hôpital le 5 juillet 1851, présente le 9, à la partie supérieure de la jambe gauche, un bouton qui devient pustuleux le 12. Ce jour même, on inocule à la jambe droite le pus de ce bouton, et, dès le 14, on obtient en ce point une vésico-pustule. En même temps, la pustule de la jambe gauche se transformait, elle se crevait et présentait le 16 juillet l'aspect d'une ulcération en godet, à fond gris, à bords irréguliers, d'un centimètre de diamètre, qui cicatrise pour se rouvrir le 22 avec une base indurée. Pendant ce temps, la pustule d'inoculation était réinoculée le 17 au bras droit, et le lendemain cette réinoculation aboutissait à la production d'une nouvelle pustule. Les deux pustules d'inoculation se convertirent en ulcérations en godet, présentant l'aspect primitif de la pustule mère. Le 21 août, toutes les ulcérations sont guéries.

De l'avis de Diday, de Rollet, il est évident que la lésion mère de la jambe gauche était un chancre mixte : la chancrelle a évolué la première du 9 au 18 juillet, et le chancre induré ne s'est manifesté que le 22. Quant aux lésions d'inoculation, ce furent seulement des chancres simples.

Il est certain qu'avant 1858, époque à laquelle Rollet créa le type du chancre mixte, de semblables observations étaient difficiles à interpréter. On trouve la preuve de cette difficulté dans le très intéressant mémoire de Clerc (*Union médicale*, 1855, Mémoire sur le chancroïde). Clerc avait inoculé à des sujets en cours de syphilis constitutionnelle du liquide provenant de chancres infectants ; dans la majorité des expériences, les résultats avaient été négatifs. Cependant il avait, dans un certain nombre de cas, obtenu un succès positif : toutefois, il remarqua que ces lésions de réinoculation présentaient un aspect spécial, et notamment qu'elles avaient les caractères du chancre simple ; elles peuvent être réinoculées aux individus sains en conservant leur caractère local et leur réinoculabilité. — Il fait de cette lésion « un chancroïde », et il la compare, relativement à la syphilis, à ce qu'est la varioloïde à la variole, la fausse vaccine à la

vaccine vraie. — Il revient d'ailleurs, en 1866 (*Tr. prat. des mal. vénér.*, 2e édit.), sur ce point, et dit que « le chancroïde a pour origine l'inoculation itérative du virus de la syphilis à des malades ayant ou ayant eu la syphilis constitutionnelle; il est l'hybride de la syphilis ».

Dans la pensée de Clerc, ce « chancroïde » n'est ni un chancre syphilitique, ni une chancrelle. Son opinion est d'ailleurs admise encore aujourd'hui par des auteurs nettement dualistes, comme Zeissl (*Lehrb. der S.*, trad. franç., 1884), qui dit : « L'inoculation de virus syphilitique à des sujets syphilitiques produit parfois une lésion qui est le chancroïde de Clerc; si on inocule cette lésion à un individu sain, on obtient : ou rien, ou un ulcère local, vulgaire, ou un chancre induré avec syphilis constitutionnelle (si le liquide inoculé contenait du virus syphilitique). »

Nous croyons qu'il n'est pas nécessaire, pour expliquer de pareils résultats, de créer une troisième variété de chancre, le chancroïde. Ces lésions, qu'on inocule avec succès à des syphilitiques, sont des chancres mixtes, à la surface desquels on recueille simultanément le virus syphilitique et le virus chancrelleux : le premier n'évolue pas, en raison de l'immunité du sujet; le second, au contraire, détermine l'apparition dans le temps voulu d'une chancrelle.

L'observation de Wallace (Leçons et expériences in *Syphilidologie* de Behrend; *Annales de Cazenave,* 1851, t. IV, p. 34) se rapporte à deux malades, le mari et la femme; tous deux sont en pleine syphilis secondaire, la femme ayant été infectée par le mari. Des réinoculations furent d'abord faites, sans résultat, de l'homme à l'homme, de la femme à la femme. Le quarantième jour de leur entrée à l'hôpital, on inocula à la femme, qui portait alors des tubercules du périnée et de l'anus, du liquide provenant d'un condylome préputial et de tubercules péniens et amygdaliens dont le mari était atteint (procédé du vésicatoire et de la charpie). Le quinzième jour après l'inoculation, le vésicatoire était cicatrisé, et ce n'est que le vingt-sixième jour qu'on vit apparaître plusieurs saillies tuberculo-squameuses, du volume d'un pois chacune, et se touchant les unes les autres; neuf jours après, ces tubercules s'étaient élargis, le centre avait pâli, tandis que la périphérie prenait une forme annulaire.

Rollet (*Traité des mal. vénér.*, 1865), se basant sur la longue durée de l'incubation (26 jours), admet la légitimité de cette observation; il la considère comme un fait positif de réinoculation, avec lésion abortive.

Auspitz (*Die Lehre vom S. contag.*, Vienne, 1866) l'admet également, et, tout en reconnaissant que, dans la grande majorité des cas, l'inoculation à des individus syphilitiques de lésions de syphilis constitutionnelle ou de chancres indurés ne donne aucun résultat, il affirme que, parfois, on obtient, en pareille circonstance, après une

incubation, des papules semblables à celles que donne l'inoculation de matière syphilitique à des individus sains.

Mauriac (*l. c.*) ne saurait admettre l'observation de Wallace, en raison de l'absence d'adénopathie concomitante et d'accidents ultérieurs. Lasch (*Archiv f. Derm.*, 1891) ne l'admet pas non plus. Nous nous rangeons à cette opinion.

Les deux cas de Michaelis (*Zeitschrift der Wiener Gesellschaft der Aerzte*, 1856; Auspitz, *l. c.*, p. 307) se présentent dans des conditions particulières d'inoculation.

Dans un des cas, il s'agit d'un malade atteint d'angine et d'éruption cutanée, d'adénopathie inguinale indurée et indolente qu'on inocule avec le produit de la ponction d'un de ses ganglions.

Dans l'autre cas, le malade, atteint d'un chancre en juin, est inoculé le 1er septembre à la cuisse avec le produit de la ponction de ses ganglions inguinaux durs et indolents.

Dans les deux cas, Michaelis obtint des pustules, sans incubation, abortives. Il est évident que dans ces cas encore, ce qu'on a inoculé au porteur, ce n'est pas de la matière syphilitique, mais des microbes pyogènes quelconques.

Donc, l'immunité est absolue chez les syphilitiques en cours d'accidents secondaires; elle est prouvée par des milliers d'expérimentations; elle est aussi prouvée cliniquement, car il n'y a pas d'exemple de réinfection authentique d'un syphilitique porteur d'accidents secondaires.

Mais cette immunité persiste-t-elle après la période vraiment virulente de la maladie, après la période secondaire? On sait que la période secondaire terminée, la maladie n'en continue pas moins son évolution, mais elle change de physionomie : les lésions alors ne sont plus ni contagieuses par contact, ni inoculables à l'individu sain; et cependant, à cette période, il y a encore un certain degré d'infection générale de l'organisme, puisque la maladie peut être transmissible à la progéniture. L'immunité persiste-t-elle aussi? Nous pouvons affirmer qu'elle existe, à cette période tertiaire comme à la période secondaire. Expérimentalement, cette immunité est prouvée par le résultat négatif de toutes les réinoculations de lésions syphilitiques inoculables, sur des individus porteurs de lésions syphilitiques tertiaires.

On n'a guère publié que deux observations de réinoculation positive chez des syphilitiques tertiaires.

L'une est de Vidal (*Ann. de Cazenave*, t. IV, p. 253; Vidal, *l. c.*, p. 486): il s'agissait d'un homme, syphilitique depuis cinq ans, atteint de myélite syphilitique : le 12 avril 1852, on lui applique deux vésicatoires qu'on panse avec le liquide de plaques muqueuses d'un autre syphilitique; dès le 19, apparaît sur l'un des vésicatoires une ulcé-

ration qui atteint 8 millimètres de diamètre, devient croûteuse, purulente et cicatrise en mai, tandis que des pustules analogues se manifestent, sans inoculation, au cou, à la lèvre, à la racine des cheveux du malade. — Cette observation n'est pas probante, car la lésion d'inoculation s'est développée après une incubation écourtée de six jours, sans adénopathie, sans induration nette, et s'est spontanément réinoculée à distance : ce n'est pas une lésion de réinoculation syphilitique.

Dans l'observation de Bouley et Schnepf (*Ann. de Cazenave*, t. V ; oct. et nov. 1851 ; p. 5), il s'agit d'une femme, syphilisée cinq ans auparavant par un nourrisson, et qui présente depuis trois ans des accidents tertiaires ; depuis six semaines, elle a des gommes et une perforation de la cloison. — Le 20 juin 1851, on panse un vésicatoire appliqué au bras droit de la malade avec du liquide provenant de condylomes d'une autre syphilitique. Le 12 juillet (soit après 22 jours), se développent deux papules lenticulaires, d'une coloration rouge cuivré ; le 18 juillet, la base de ces papules s'indure, tandis que le sommet se couvre de croûtes mollasses. — Le 4 août, Cazenave diagnostique ces lésions : ecthyma syphilitique. — Le 12 août, apparaît au mollet gauche une tumeur sous-cutanée, douloureuse, avec rougeur de la peau ; au devant du genou, taches rouges douloureuses ; une tache semblable en dehors du genou droit. — La malade se plaint de céphalée, de malaise général. — Le 16, les taches ont disparu, la tumeur du mollet est devenue indolente.

Rollet admet la légitimité de cette observation ; il considère la tumeur du mollet et les taches qui l'accompagnent comme des accidents secondaires. — Mais Diday (*Nouvelles Doctrines sur la syphilis*, 1858) objecte que les pseudo-lésions d'inoculation ne sont que de nouvelles lésions tertiaires, que d'ailleurs, dit-il, on a d'abord dénommées ecthyma. Mauriac (*l. c.*, 1883) objecte à son tour que les lésions d'inoculation n'ont pas déterminé d'adénopathie, et que les lésions du mollet ou du genou à gauche ne sont autre chose que de nouvelles lésions tertiaires, ou peut-être même de l'érythème noueux.

Cliniquement, l'immunité des syphilitiques porteurs de lésions syphilitiques tertiaires est établie aussi ; nous ne connaissons que peu d'observations de réinfection en pareilles circonstances ; une des dernières est due à Ducrey (*Giornale ital. delle mal. vener. e della pelle*, décembre 1888) et fut communiquée au Congrès des médecins italiens à Pavie. Ducrey intitule son observation : « Un cas de réinfection syphilitique chez une femme, chez qui le nouveau contage et les nouveaux symptômes syphilitiques apparurent au milieu de signes encore existants d'une syphilis éteinte. » La malade, syphilitique depuis plus de dix ans, présentait en même temps une gomme du cuir chevelu, des syphilides tuberculo-ulcéreuses en partie cicatrisées, et d'autre

part une induration de la grande lèvre droite, accompagnée d'adénopathie généralisée, d'une éruption cutanée érythémato-papuleuse, de plaques muqueuses palatines et du voile, de douleurs rhumatoïdes avec fièvre. Peu de temps après, survinrent une éruption acnéiforme de toute la surface cutanée, sauf la face, des douleurs ostéocopes, et une iritis grave de l'œil gauche.

Nous croyons que cette observation est susceptible d'objections sérieuses : la lésion vulvaire indurée peut être parfaitement un syphilome induré, tertiaire ; l'éruption érythémateuse elle-même n'est pas nécessairement une roséole secondaire ; ainsi que l'ont bien montré Besnier, Fournier, il existe des érythèmes tertiaires, des lésions cutanées superficielles qui n'apparaissent qu'après plusieurs années de syphilis. La coïncidence même de lésions gommeuses et tuberculo-ulcéreuses chez la malade ne rend que plus vraisemblable la nature tertiaire des autres lésions. Il faudrait ajouter à cette observation quelques autres de Ricord (1851), Rinecker (1874), Scarenzio (1882), Hutchinson (1887), sur lesquelles nous insisterons plus tard, et qui ne sont pas plus probantes.

Nous conclurons donc que tout syphilitique en cours de syphilis se trouve, du fait même de l'infection dont il est porteur, en état d'immunité absolue, et qu'il n'est ni réinoculable, ni réinfectable. Rien ne prouve que l'immunité soit moins solide à la période tertiaire qu'à la période secondaire : elle dure tant que la syphilis évolue elle-même.

CHAPITRE III

A quel moment l'immunité syphilitique est-elle constituée ?

Tous les auteurs sont d'accord pour reconnaître que l'immunité commence avec l'infection générale de l'organisme, et que celle-ci est réalisée au moment où paraissent les accidents généraux. Elle se constitue donc avant la survenue de la roséole ; à quel moment précis ?

On sait qu'il s'écoule, entre la date de l'infection locale et l'apparition des accidents généraux, un laps de temps assez long qui comprend :

1° Une période d'incubation, d'une durée moyenne de vingt-cinq jours, avant l'apparition du chancre ;

2° Une période, dite de deuxième incubation, d'une durée de quarante-cinq jours en moyenne, entre la naissance du chancre et l'explosion des accidents généraux ; cette période est divisible elle-même en deux : l'une précédant l'adénopathie, l'autre suivant le bubon satellite du chancre.

La question se pose donc ainsi : A quelle époque se constitue l'immunité syphilitique ? Est-ce pendant la première incubation ?

Est-ce à la période du chancre confirmé, mais avant la naissance du bubon satellite? Ou bien, enfin, est-ce seulement après le développement de ce bubon?

L'immunité existe-t-elle dès l'incubation du chancre?

Expérimentalement, la question est difficile à trancher, en raison du petit nombre d'expériences publiées sur ce point. Nous citerons les cas de Gibert et de Belhomme.

Gibert (*Traité des mal. de la peau*, t. II, p. 483) inocule un individu sain, le 28 février 1859, avec du virus de chancre syphilitique; il fait une deuxième inoculation au bout de cinq jours, puis une troisième deux jours après la deuxième : deux chancres syphilitiques se développèrent; la troisième inoculation fut négative.

Belhomme (*Bull. Soc. des Sc. médic. de Lyon*, 1864) inocule le 9 mai 1859 un individu sain avec du virus de chancre syphilitique; il fait une deuxième inoculation un jour après, et une troisième cinq jours après la deuxième. Trente-cinq jours après la première inoculation survinrent des papules chancreuses au siège de la première inoculation; les deux autres restèrent négatives.

Il semble, dans ces cas, que l'immunité s'était constituée pendant l'incubation du chancre de première inoculation, enrayant ainsi le développement des chancres des deuxièmes et troisièmes inoculations.

D'autre part, trois expérimentations de résultats contraires sont dues à Wallace, Lindvurm et Puche.

Wallace (*Ann. de Cazenave*, t. IV, p. 36) inocule le 19 août 1835 un individu sain avec du liquide de plaques muqueuses. Douze jours après, il fait une nouvelle inoculation pareille. Or il se développa deux chancres, à six jours l'un de l'autre; l'incubation de l'un dura vingt et un jours, celle de l'autre quinze jours.

Lindvurm (*Verschiedenheit der Syph. Krankh.;* Rollet, *l. c.*, 1865) fait deux inoculations à deux jours d'intervalle : deux chancres naquirent, l'un après dix-neuf jours d'incubation, l'autre après vingt-quatre jours.

Enfin Puche (Rollet, *l. c.*) fit deux inoculations à vingt et un jours de distance et vit naître deux chancres le même jour, l'un après trente-neuf jours, l'autre après dix-sept jours d'incubation.

Diday (*Histoire naturelle de la syphilis*, 1863 : De l'irréinoculabilité chancreuse, p. 217) admet la réinoculabilité d'un individu sain qui vient d'être inoculé avec la sécrétion d'un chancre et qui n'aura lui-même de chancre que dans quinze jours; il cite, à ce propos, des observations de Mongenot, Jadelot, Morin, Sacco, Bousquet, qui montrent que chez un enfant vacciné, depuis quatre jours seulement, la revaccination ou la variole sont possibles, et ne le sont plus, au contraire, si l'inoculation vaccinale date de cinq à six jours.

Mauriac (*l. c.*, 1883) conclut de ces faits que la réinoculation est possible avant l'apparition du chancre et jusqu'au vingt-deuxième jour de l'incubation. Expérimentalement, donc, l'immunité ne serait pas nécessairement constituée dès l'incubation chancreuse. Nous verrons ultérieurement si, cliniquement, la question peut être jugée plus complètement.

Que l'immunité se produise ou non pendant l'incubation du chancre, est-elle constituée irrévocablement une fois le chancre apparu? En d'autres termes, le chancre syphilitique est-il oui ou non expérimentalement réinoculable au porteur? C'est là une des questions qui furent le plus longtemps et le plus vivement discutées; elle l'est encore aujourd'hui.

C'est ainsi qu'Hunter admettait la réinoculabilité du chancre. Il faut tenir compte de ce fait, d'une part, qu'il confondait encore le chancre syphilitique et la chancrelle ; d'autre part, qu'il ignorait le chancre mixte.

Ricord, qui, de 1831 à 1837, fit 518 réinoculations de chancre, disait en 1838 (*Traité des mal. vénériennes*) « que le chancre, inoculable à son début, ne devenait irréinoculable qu'à la période de réparation ». Et cependant, à la même époque, Egan (*Dublin Quaterly Journal*, 1846, p. 337) n'avait pas réussi, en 1844, à réinoculer un chancre du sein à la malade qui en était porteur.

Hairion (de Louvain) constatait expérimentalement que, sur 85 chancres, 32 seulement étaient réinoculables aux différentes périodes de leur existence; or cette proportion répondait à celle du chancre syphilitique et de la chancrelle (Ricord, *Tr. de l'Inoculation*, p. 530).

Lorsque Bassereau, grâce à la confrontation, eut nettement séparé le chancre induré de la chancrelle, comme deux maladies absolument distinctes, la question s'éclaircit (*Affections de la peau symptomatiques de la syphilis*, 1852); on put alors constater que, tandis que la chancrelle est indéfiniment réinoculable, il est de règle que le chancre syphilitique ne le soit pas.

Cette loi fut établie par maintes expérimentations négatives, et, chaque jour, elle reçoit sa confirmation dans les inoculations pratiquées pour le diagnostic des chancres douteux.

Clerc (*Société de chirurgie*, octobre 1855) inocula sans résultat le pus de chancre syphilitique au porteur. Il ajoute toutefois : « Nous avons obtenu, dans quelques cas, des inoculations positives. Nous pensons que ces inoculations seraient moins souvent négatives, si elles étaient pratiquées plus près du début du chancre infectant. »

Fournier, en 1856, fit 89 inoculations personnelles; il recueillit en même temps 52 observations de Puche, Poisson, Nadaud des Hets, et il conclut : « Sur 99 inoculations, une seule fut positive : le chancre

réinoculé ne datait que de quelques jours; dans le cas positif de Poisson, le chancre datait de neuf jours (à partir du jour de la contagion?). »

En août 1857, Ricord et Fournier tirent comme conséquences de 151 expériences : « Le chancre infectant à la période d'état est d'une inoculation, sinon impossible, du moins très difficile à obtenir, au sujet qui le porte. »

En 1856 (*Archives de médecine*, mai 1858), un médecin anonyme du Palatinat inocule à 14 individus sains (8 hommes et 6 femmes) du virus provenant d'accidents secondaires ou de sang de syphilitique secondaire; la syphilis développée, on réinocule à ces malades, avant l'apparition des symptômes généraux, le virus du chancre : or, toutes ces réinoculations furent négatives. Bœrensprung ne fut pas plus heureux dans ses expériences. Rollet, qui crut un moment à la réinoculabilité du chancre (*Gaz. méd. de Lyon*, 31 oct. 1856) arriva en 1861 (*Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis*, p. 11) à des conclusions différentes : « Le chancre syphilitique le plus récent n'est jamais inoculable au porteur; il n'est jamais à aucune époque réinoculable. » Il cite de nombreuses expériences confirmatives de Laroyenne (*Annuaire de la syphilis*, 1859 : 19 expériences négatives) et de Basset (*Thèse*, 23 nov. 1860 : 10 expériences négatives), et déclare, avec Laroyenne et Basset, que tous les chancres suivis de manifestations secondaires, qui ont été réinoculés avec succès, sont des chancres mixtes; le chancre mixte n'est en définitive que le chancre induré réinoculé. — Il est vrai que cette opinion exclusive de Laroyenne et Rollet, les pères du chancre mixte, fut vivement attaquée par Diday (*Hist. nat. de la syph.*, 1863; p. 217) : il déclare que sur les 19 expériences négatives de Laroyenne (1859), 16 malades étaient en pleine syphilis constitutionnelle, et que chez les 3 autres, le chancre avait 26 jours, 2 mois, 8 mois; de même, sur les 10 malades de Basset, 7 étaient porteurs de syphilis constitutionnelle, et chez les 3 autres, le chancre datait de 17 jours, de 2 mois. — Diday est convaincu que le chancre syphilitique est réinoculable dans ses premiers jours, et que ne sont pas seuls réinoculables les chancres mixtes (chancres chancrellés); aussi admet-il les cas de Fournier et Poisson que nous avons cités; il admet également les cas de Lee et Sperino dont nous aurons à reparler; il y ajoute une observation personnelle et une de Rodet que nous reverrons.

En 1865, Rollet (*Tr. des mal. vénér.*) revient longuement sur cette question : il montre les milliers d'expérimentations négatives faites au Midi, à Lourcine, à l'Antiquaille, en Italie, en Angleterre, en Allemagne : réinoculations de chancres anciens, de chancres récents, de chancres naissants (voir Nodet, *Th. de Montpellier*, 1863).

Mauriac (1883) affirme n'avoir jamais rien obtenu en pareil cas.

Il est vrai qu'à ces nombreuses réinoculations négatives, on opposait un nombre respectable aussi de réinoculations positives de chancre : ces expériences sont dues principalement à Lee qui opéra à Lock hospital et à King's College hospital en 1856, et réunit ces faits en oct. 1859 dans un mémoire (*British and foreign medico-chirurgical review*) ; à Bidenkap (*Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, 1861-1863) ; à Bœck (*Recherches sur la syphilis*, 1862 ; *Archiv für Dermat.*, 1869-1872) ; à Melchior Robert (*Tr. des mal. vénér.*, 1861 ; *Considérations sur l'auto-inoculabilité du chancre infectant*, 1862) ; à Kobner (1864, *Klin. u. experiment. Mittheilungen*) ; à Hjelt et Toppelius (d'Helsingfors) ; à Faye (*Norsk Magazin for Lægevidenskaben*, t. XI). Or, dans la grande majorité de ces expériences, les lésions d'inoculation furent de simples pustules, apparaissant sans incubation, le lendemain ou le surlendemain de l'inoculation, absolument éphémères. Bœck (*Gaz. des hôp.*, 1864) avait remarqué lui-même qu'on obtenait des lésions de réinoculation surtout, dans les cas où l'on pansait le chancre avec de la charpie qu'on ne renouvelle pas, parce qu'alors on recueillait à la surface du chancre au lieu de sérosité une abondante sécrétion de matière plus épaisse et purulente, dont l'inoculation, dans la plupart des cas donnait des résultats positifs. H. Lee (*Gaz. des hôp.*, 1867) obtint de semblables pustules en inoculant à un syphilitique du pus ordinaire pris sur un enfant. Rollet (*Ann. Dermat.*, 1873-74 : De la syphilis inoculée), qui a fait à l'Antiquaille de nombreuses expériences semblables, insiste sur ce point que ces pustules peuvent être produites par l'irritation du chancre infectant (applications de cantharides, de sabine, de calomel) avant l'inoculation.

Dans quelques cas, les résultats de la réinoculation furent des chancres mous ; « dans deux cas, dit Bidenkap, la matière des pustules développa un chancre mou. » « Le pus du chancre induré, dit Melchior Robert, est inoculable au porteur ; il peut se développer en pustules qui deviennent des chancres douloureux. » Dans ces cas, le liquide d'incubation a été évidemment recueilli à la surface de chancres mixtes. C'est également un chancre mixte qui semble avoir été réinoculé dans le cas de Rodet (*Gazette médicale de Paris*, 1852, p. 606) : il s'agit d'un homme de 29 ans, entré le 10 oct. 1841 à l'hôpital avec une gale pustuleuse, et un chancre phagédénique du gland, à bords décollés, à fond déchiqueté et grisâtre, largement suppurant. Le 18, on fait 7 inoculations à la cuisse gauche du malade avec le pus de son chancre ; 48 heures après, il s'est développé 6 pustules. Le 20, 7 inoculations nouvelles à la cuisse droite ; le 23, 6 inoculations qui donnent 6 pustules le 25 ; le 25, 10 inoculations, qui donnent 10 pustules le 27 ; de plus, on a réinoculé à deux reprises les pustules d'inoculation elles-mêmes. Pendant ce temps, le malade présente à la verge des chancres multiples, non indurés, qu'on réinocule le 11 novembre, le 13, et à diverses autres reprises : on obtient au bout

de 48 heures des pustules chancreuses. — La syphilis constitutionnelle éclate en décembre (syphilis érythémato-papuleuse, céphalée, adénopathie inguinale et cervicale). — Il ne s'agit évidemment pas ici de réinoculations de chancre infectant pur.

Enfin, la même interprétation convient, selon nous, à une observation de Rieger (*Viertelj. f. Dermatologie*, 1881, pp. 223 et 224, sur le chancre et le chancroïde), où une malade, porteur d'un chancre avec ganglions inguinaux, est inoculée six jours après son entrée, le 29 septembre 1878, à la cuisse : un jour après, apparaît une vésicule qui s'ulcère les jours suivants et guérit le 30 octobre. — Peu après, la malade eut une éruption papuleuse.

Quant à la seconde observation de Rieger, elle est moins probante encore, car son malade, atteint de chancre induré (14 jours après l'infection), et inoculé à la cuisse, présente 2 jours après l'inoculation une vésicule qui s'ulcère et guérit en un mois, sans que le malade présente ultérieurement de signes de syphilis constitutionnelle. — Rien n'est donc moins prouvé que la nature syphilitique du chancre qui a fourni matière à la réinoculation.

En somme, toutes ces expériences, dites positives, ne prouvent qu'une chose, c'est que le plus souvent on n'a inoculé que de la matière septique, non spécifique, et, dans d'autres cas plus rares, du virus chancrelleux pris sur un chancre mixte.

Il existe quelques observations plus intéressantes, dans lesquelles on voit se développer, après une incubation plus ou moins longue, une lésion papuleuse, toute différente des pustules simples et de la chancrelle.

Sperino (*la Syphilisation*, 1853, pp. 21 et 22) cite le cas d'une malade, atteinte de tubercules ulcérés du mamelon (chancres du sein, disent Diday et Rollet), et infectée deux mois auparavant par un nourrisson syphilitique; ces chancres sont apparus après quarante jours d'incubation. Deux jours après son entrée à l'hôpital, la malade est inoculée à la cuisse droite avec le pus de ces tubercules; sept jours après, surviennent deux papules, précédées la veille d'une rougeur locale; six jours après (30 janvier 1851), ces papules se recouvrent d'une croûte, sous laquelle on constate une érosion superficielle.

Pendant ce temps (le 20 janvier), on faisait à la cuisse gauche deux nouvelles inoculations, suivies, après neuf jours, du développement de deux papules. Le 30 janvier, on réinocule, à la cuisse gauche de la malade, les deux papules qui ont suivi la première inoculation, et, sept jours après, naissent deux nouvelles papules. — Toutes ces papules durèrent vingt jours. Cette observation est admise par Rollet, Diday; Mauriac objecte la courte durée de l'incubation (sept et neuf jours).

Un autre cas, de Lee (*Lancet*, 13 septembre 1862), a trait à un étu-

diant qui est atteint d'un chancre naissant, sans induration encore : la sécrétion de ce chancre, inoculée à la cuisse, détermine après quatre jours un petit ulcère dur, en forme de bouton, « tout à fait semblable à celui qui avait fourni le liquide de sécrétion ».

Dans l'observation de Diday (*Hist. nat. de la syphilis*, 1863, p. 235), un malade, porteur depuis sept jours de trois érosions, dont une parcheminée, sans adénopathie, est inoculé à la cuisse gauche le 9 août 1862. Le 18 apparaît une papule d'inoculation du volume d'une tête d'épingle ; le 11 septembre, cette papule a 5 millimètres de diamètre ; son sommet est squameux, et, sous les squames, on trouve de la sérosité et une exulcération superficielle. Pendant ce temps, tous les chancres primitifs s'induraient, s'accompagnaient de pléiades inguinales indolentes, et le 21 septembre apparaissait une éruption papuleuse sur l'abdomen. Le 5 octobre, la papule d'inoculation persistait encore.

Les deux observations de Bidenkap (*Gaz. des hôp.*, 1864, p. 535 ; Bœck, *Erfahrungen uber Syphilis*, 1875) ont trait : l'une, à un homme de vingt-six ans, porteur d'un chancre du gland, à induration cartilagineuse, avec adénopathie inguinale, indolente, et survenu après quatre semaines d'incubation ; le chancre date (5 janvier 1863) de huit jours ; la malade est inoculé de deux jours en deux jours depuis le 9 janvier, à la poitrine, sans résultat ; le 25, application de sabine qui fait suppurer le chancre. Le 27, inoculation au bras. Le 29, pustules d'inoculation. Le même jour, on remarque au niveau de la région inoculée avant le 25, des papules à centre déprimé qui disparaissent le 15 mars ; le 22 avril, ganglions durs et indolents sur le bord du grand pectoral. Roséole le 29 janvier. Rollet admet cette observation, en raison de l'incubation qui a commencé du 9 au 25 janvier pour durer jusqu'au 29, et de l'adénopathie pectorale qui a suivi les papules d'inoculation développées sur la poitrine. Mauriac objecte que l'incubation est trop courte, et que l'adénopathie pectorale dépend de l'adénopathie généralisée.

Dans la deuxième observation de Bidenkap, il s'agit d'un homme de vingt-six ans, porteur d'une induration préputiale, avec adénopathie inguinale, survenue après trois semaines d'incubation. Le malade est réinoculé du 9 au 12 janvier. Aucun résultat immédiat. Du 12 au 17, le chancre étant pansé à la sabine, de nouvelles réinoculations développent des pustules simples sans incubation. Le 5 février, sur plusieurs des points inoculés du 9 au 17 janvier, apparaissent des papules saillantes, rouges ; bientôt elles s'accompagnent d'adénopathie axillaire ; le 22, elles présentent des croûtes à leur sommet. — La roséole était apparue le 11 février. Rollet admet cette observation comme la précédente, comme celles de Sperino, Lee et Diday. Mauriac fait les mêmes objections qu'à la précédente.

Des lésions analogues se sont développées dans deux cas de Bœck (*Erfahrungen uber Syphilis*, 1875). Dans le premier cas, un homme, entré à l'hôpital le 6 juin 1872, avec un chancre induré et des ganglions inguinaux, est inoculé du 7 juin au 29 juillet chaque jour au côté droit. Le 29 juillet apparaissent des papules brunâtres. — La roséole datait du 22 juillet. — Dans le deuxième cas, un homme, entré le 7 juin 1872, avec un chancre induré et de l'adénopathie inguinale, est inoculé chaque jour, à partir du 9 juin, tant que le chancre donne spontanément de la matière inoculable. Le 4 juillet seulement apparaissent des papules aux points inoculés ; d'autres naissent les jours suivants ; il y en eut en tout 31 : quelques-unes avaient un diamètre de trois lignes. Le 11, les plus larges commencèrent à desquamer. Elles ne disparurent qu'en août. — Roséole le 20 juillet.

Ricordi, auteur d'un important mémoire sur l'irréinoculabilité des formes de syphilides (*Ann. univers. di medicina*, janvier 1866), ayant réinoculé un chancre au quatrième jour, détermina, vingt-sept jours seulement après l'inoculation, l'apparition de papules rouges, qui s'ulcérèrent les jours suivants.

Turati (1868) réinocule, plusieurs jours après leur début, cinq chancres indurés ; deux mois après naît une grosse papule qui s'ulcère.

Il nous reste à résumer les récentes expériences de Bumm, Pontoppidan, Neumann et Lasch.

Les cas de Bumm (*Vierteljahress. f. D.*, 1882, p. 259) proviennent de la clinique de Rinecker à Wurtzbourg : l'un concerne un homme infecté le 5 août 1881 et atteint le 20 d'un chancre préputial. — Le 22 août, il présente trois chancres indurés : on l'inocule à l'avant-bras avec le virus des chancres. Le dixième jour, rougeur au point inoculé. Le vingtième jour, papule lenticulaire indurée, squameuse, qui disparaît le trentième jour. Pendant ce temps apparaissaient les symptômes généraux. — Cette observation, acceptée par Jullien (*Traité prat. des mal. vénér.*, 1886) est repoussée par Lasch, en raison de la brièveté de l'incubation.

Le deuxième cas de Bumm est relatif à une jeune femme, excisée en 1878 d'un chancre induré, et qui n'a eu aucun accident consécutif. Le 10 mai 1879, elle est inoculée à la cuisse gauche avec le liquide d'un chancre induré ; un chancre apparaît à la fin de mai et se constitue en juin, avec de l'adénopathie crurale. Ce chancre est réinoculé le 2 juin à la cuisse droite ; le 28 apparaît une légère infiltration qui, le 16 juillet, est devenue une papule érosive, avec adénopathie crurale à droite. Au 15 juillet, adénite cervicale et roséole. Cette observation est admise par Jullien et Lasch.

Cinq observations analogues sont dues à Erik Pontoppidan, de Copenhague (*Ann. de Dermatologie*, 1885, p. 193) :

1° Un homme, infecté il y a trois semaines, entre à l'hôpital avec

une ulcération indurée du sillon et une légère adénopathie inguinale (3 février 1883). Le 4, on inocule le chancre à l'abdomen. Le 15, on remarque des papules d'inoculation, du volume d'un grain de chènevis ; le 25, l'une d'elles, dure, atteint le volume d'un pois, et le 6 mars celui d'une fève ; le 11, elle se recouvre d'une croûte. — Roséole.

2° Le 25 juin 1883 entre à l'hôpital un homme atteint depuis quinze jours d'un chancre induré du prépuce, accompagné de quelques autres dans le sillon; peu d'adénopathie. Le 26, inoculation abdominale; vingt-trois jours après, apparition de papules d'un rose clair, du volume d'une tête d'épingle, qui pâlissent le trente-neuvième jour. Le trente-unième jour, roséole.

3° Homme porteur d'un chancre sécrétant abondamment ; adénopathie. On fait, deux jours après l'entrée, trois inoculations : le seizième jour, deux papules rouges, du volume d'une tête d'épingle ; le vingt-troisième jour, une de ces papules a le volume d'un pois ; elle est squameuse au sommet. Le trentième jour, les papules s'affaissent. Roséole et adénopathie cervicale au vingt-quatrième jour.

4° (Observation communiquée au Congrès de Copenhague, 1884.) Le 20 juin 1884, on fait trois inoculations abdominales à un malade porteur d'un chancre induré avec adénopathie ; le douzième jour, rougeur aux points inoculés ; les jours suivants, papules du volume d'un grain de millet. Le vingt-sixième jour, les papules, qui ont le volume d'un pois, deviennent pustulo-croûteuses. Roséole. Le vingt-huitième jour, on réinocule ces pustules. Le trente-sixième jour, les pustules ont disparu et laissent à leur place une induration écailleuse. Le cinquante-deuxième jour, le malade a encore trois saillies dures, du diamètre d'une pièce de vingt centimes ; il est présenté au Congrès : on diagnostique chancres syphilitiques à la période de réparation, avec induration persistante.

5° Un homme, atteint de chancre induré du sillon, est inoculé deux jours après l'entrée ; le vingtième jour naît une papule au point d'inoculation ; le vingt-cinquième jour, elle est dure et a le volume d'un pois ; le quarantième, elle est presque effacée. Roséole le vingt-cinquième jour.

Tous ces cas sont admis par Jullien, Lasch.

Enfin Lasch (*Archiv f. Derm.*, 1891) publie une observation, due au Dr Jadassohn, où un homme, infecté en novembre 1887, voit survenir, trois jours après le coït, une pustulette qui s'ulcère. Huit jours après, adénopathie inguinale douloureuse. Le malade est vu en décembre avec une ulcération à fond lardacé, à bords durs ; les ganglions fluctuants sont incisés le 30. On inocule au bras le chancre. Pendant ce temps, le chancre s'indure de plus en plus. Le 6 février, au niveau de trois des cinq inoculations, on note trois ulcérations croû-

teuses; sur les deux autres, macules rougeâtres un peu infiltrées; adénopathie axillaire. Le 13, roséole; le 18, quelques papules. La lésion inoculée est évidemment un chancre mixte; quant aux lésions d'inoculation, elles sont discutables.

En somme, il est admis par tous les auteurs aujourd'hui que l'irréinoculabilité est la caractéristique du chancre syphilitique, et que, dès le chancre, l'immunité est constituée en général. Mais, tandis que certains auteurs (Mauriac, par exemple) semblent admettre que cette règle est absolue et sans exception, d'autres pensent que, dans des cas rares sans doute, l'immunité n'est pas encore constituée dès le chancre.

Nous rappellerons à ce propos que Rollet lui-même, qui en 1861 n'admettait encore en aucune façon la réinoculabilité du chancre syphilitique, même le plus récent, modifiait son opinion en 1865, et disait en 1873 : « Le chancre infectant est parfois réinoculable, la lésion de réinoculation apparaît après une incubation moyenne de quatorze jours (vingt-six au maximum, quatre au minimum), sous forme, soit de saillie papulo-tuberculose sèche, puis squameuse, soit d'un petit chancre ulcéré, papuleux (*Ann. Dermat.*, 1873-1874). Diday (1863) est du même avis.

Cependant, en admettant que l'immunité n'existe pas encore dès la naissance du chancre, elle ne tarderait pas à se constituer, et ce n'est que dans ses premiers jours, avant le développement d'une adénopathie notable, que le chancre serait réinoculable. — C'est l'opinion de Clerc; c'est le cas des observations de Fournier et Poisson; Bumm, en 1882, dit : « En général, le chancre syphilitique n'est pas auto-inoculable, parce que les expériences se font à une époque où l'infection générale est déjà produite. Si l'on prend, pour l'inoculer, la sérosité d'un chancre de huit jours, le porteur est déjà à la quatrième semaine d'infection : le virus inoculé mettra deux à trois semaines à se développer, temps pendant lequel l'organisme sera complètement infecté par le premier chancre, d'où l'avortement du chancre d'inoculation. Mais, en inoculant de très bonne heure et loin du chancre primitif, on pourra obtenir des résultats. »

Pontoppidan (1885) dit : « Les inoculations pratiquées au moment de l'apparition de la première induration naissante et encore un peu douteuse donnent, après deux à trois semaines d'incubation de petites papules rouges, précédant toujours l'apparition des symptômes constitutionnels; elles atteignent le volume d'un pois ou d'une fève, s'indurent à leur base, s'ulcèrent ou s'écaillent à la surface, pour se résoudre quand la syphilis constitutionnelle s'est manifestée. Ce sont des scléroses initiales, régulières, ayant peut-être une tendance à la résolution abortive; donc la saturation de l'organisme ne serait complète que dans la deuxième incubation. »

Jullien (*l. c.*, 1886) admet que, dans les premiers jours de l'évolution chancreuse, l'infection générale n'est pas faite et que l'inoculation positive est possible.

Lasch (*l. c.*, 1891) dit qu'avant l'apparition de la roséole, il est possible d'inoculer le porteur d'un chancre avec la sécrétion de ce chancre.

De sérieuses objections ont été faites aux observations les plus récentes de réinoculation du chancre. C'est ainsi que Tarnowsky (*Centralblat f. Chirurgie*, 1877 : Reizung und Syphilis) a montré que, chez les individus infectés par la syphilis, une irritation simple (inoculation de pus bleu, cautérisation à l'acide sulfurique) peut déterminer au point irrité une lésion papuleuse, dure ; c'est ainsi que l'inoculation d'un chancre induré sur un syphilitique pourra produire par simple irritation une lésion indurée chancriforme, qu'il appelle chancre pseudo-induré. — Il considère même que cette irritation expérimentale peut être un moyen de reconnaître sur un individu une syphilis latente. — Rinecker (*Vierteljahr. f. D.*, 1880) revient sur ce point : il appelle la lésion de Tarnowsky chancroïde. — Finger (*Prager med. Wochenscr.*, 1881 ; n° 40) fait remarquer que, chez les syphilitiques, les régions cutanées qui sont le siège d'une irritation peuvent présenter des efflorescences, isolées, papuleuses, avant l'apparition de la roséole. — Neumann (*Wiener med. Bl.*, 1890), après avoir fait en collaboration avec Cehak une série de réinoculations de l'exsudat de la sclérose au porteur, expériences dans lesquelles il a obtenu parfois soit des taches rouges, soit des tubercules et des papules lenticulaires dures, conclut qu'il est impossible d'identifier ces papules soit anatomiquement, soit étiologiquement, au chancre. Avant même l'explosion de l'exanthème, le corps est infecté.

Lasch (*l. c. Wann wird dies Lues constit. : ?* travail de la clinique de Neisser, 1891) déclare que le plus souvent la réinoculation du chancre détermine, non pas une deuxième infection, mais une provocation au développement de lésions papuleuses quelques jours avant la roséole ; il cite une observation de Jadassohn, où la cicatrisation d'un bubon ancien, longtemps fistuleux, chez un syphilitique récent, fut la cause provocatrice du développement de papules, avant la roséole, autour de la cicatrice du bubon. Il est vrai qu'il admet la légitimité des cas de Bumm et Pontoppidan, qu'il publie lui-même une observation analogue, et qu'il conclut qu'avant l'apparition de la roséole, il est possible d'inoculer le porteur d'un chancre avec la sécrétion de ce chancre ; « ainsi donc, dit-il, l'immunité contre le virus syphilitique se produit surtout dans le cours du stade primaire. »

La question du début exact de l'immunité syphilitique est, on le voit, difficile à juger expérimentalement ; nous n'osons le faire, et

nous croyons que de nombreuses expériences sont encore nécessaires sur ce point.

Est-il possible, cliniquement, de déterminer quand débute l'immunité syphilitique, pendant l'incubation chancreuse, ou seulement à une période de l'évolution du chancre, qui est à préciser?

On sait que si, en règle générale, le chancre syphilitique est unique, solitaire, il n'est pas rare de voir sur un même malade plusieurs chancres infectants. Le plus souvent, ces chancres multiples résultent de la multiplicité même des portes d'entrée (ecthyma, herpès, érosions) que l'organisme infecté a offertes au virus syphilitique; dans ce cas, les chancres naissent simultanément au niveau de chacun des points contaminés; c'est ce que nous appellerons chancres simultanés et contemporains d'origine. C'est ainsi que par exemple, dans une observation de Haslund (*Ann. de Dermat.*, 1887, p. 280 : Quand la syphilis devient-elle constitutionnelle; chancres indurés multiples), deux chancres syphilitiques apparurent le même jour au niveau du sillon balano-préputial.

Dans d'autres cas, les chancres multiples, au lieu d'être simultanés, sont successifs, et alors deux cas peuvent se présenter :

1° Ces chancres se suivent à court intervalle (quelques heures, un ou deux jours), et cette succession peut tenir, ou bien à ce que ces divers chancres, nés d'une infection simultanée, n'ont pas eu tous une incubation d'égale durée (*chancres successifs et contemporains d'origine*), — ou bien à ce que ces chancres ont succédé chacun à une infection distincte, ces diverses infections étant espacées comme les chancres mêmes auxquelles elles ont donné naissance (*chancres successifs à origines espacées*);

2° Les chancres successifs naissent à des intervalles prolongés (quinze, vingt, vingt-cinq jours en moyenne) les uns des autres (*chancres successifs à intervalles prolongés*).

Nous n'avons pas à insister ici sur les chancres simultanés et contemporains d'origine : ils ne sont multiples que parce que les points de pénétration du virus l'étaient eux-mêmes. Les chancres successifs et contemporains d'origine ne rentrent pas non plus dans notre sujet. Il n'en est pas de même des chancres successifs à origines distinctes, et des chancres successifs à intervalles prolongés.

Les chancres successifs, à origines distinctes, sont déjà beaucoup plus rares que les deux premières variétés : les observations nettes sont d'autant moins nombreuses, qu'il est difficile d'obtenir des malades les dates précises des infections (coït, par exemple) successives : aussi est-il souvent impossible de déterminer si l'on est en présence de chancres successifs, contemporains d'origine, ou de chancres successifs d'origines distinctes.

Mauriac (*l. c.*, 1883) cite le cas d'un malade qui présente dix-sept

jours après le coït une érosion préputiale, bientôt indurée. Or, sept jours après ce premier chancre, en apparaît un deuxième à gauche du filet. Ce deuxième chancre peut résulter du même coït infectant que le premier, son incubation aura atteint 24 jours. — D'autre part, le malade accuse un nouveau coït infectant trois jours avant le premier chancre : le deuxième chancre peut donc résulter de ce dernier coït, mais après une incubation écourtée de dix jours seulement.

Dans un des cas d'Haslund (*l. c.*, 1887), un malade a un premier chancre le 30 mai 1884, puis deux autres six jours après le premier, un quatrième trois jours après les précédents; enfin le 19 juin on compte onze chancres indurés : ainsi ces chancres successifs sont espacés de six jours, de trois jours, de dix jours. — Peut-être peut-on admettre que les derniers résultent de l'auto-inoculation des premiers, mais pour les premiers groupes apparus, il est plus vraisemblable qu'ils ont succédé à des coïts distincts.

Du Castel (*Soc. de Dermatologie,* 11 avril 1890) a publié deux observations analogues : dans le premier cas, le malade eut d'abord trois chancres du fourreau trois semaines après le coït; puis huit jours après, dix nouveaux chancres. — Il nous semble que le deuxième groupe de chancres résultait d'un coït différent de celui qui avait déterminé le premier chancre. — Dans le deuxième cas, le malade avait eu, trente et un jours après le coït, un chancre du filet. Puis un, deux, trois, quatre jours après ce premier chancre survinrent quatre nouveaux chancres, et enfin deux autres encore à huit jours du premier. Il nous semble encore ici que ces chancres succédaient à plusieurs coïts infectants, espacés, plutôt qu'à un seul et unique rapport.

Lasch (*l. c.*, 1891) publie une observation due au Dr Jadassohn, où l'on voit un malade atteint le 8 février de deux chancres (l'un du pénis, l'autre du prépuce), présenter le 11 deux nouveaux chancres). Ou bien ces deux groupes de chancres résultent du même coït, ou bien plutôt ils sont consécutifs chacun à un coït distinct (le malade avoue trois coïts infectants ou suspects les 3, 23 janvier et 3 février). On excise les chancres le 15 février, et le 25 février apparaît un nouveau chancre induré du pénis, qu'on excise, lui aussi; le 5 mars, autre chancre induré pénien. Ces derniers peuvent provenir de l'auto-inoculation des premiers.

Il semble donc que, dans certains cas, après qu'un coït infectant a fait pénétrer dans l'organisme le virus syphilitique, de nouveaux coïts infectants accomplis pendant l'incubation du premier chancre pourront aboutir, eux aussi, à la production de chancres spécifiques. Il faut évidemment, pour que de pareils faits soient possibles, que l'immunité ne soit pas établie pendant l'incubation du premier chancre. Nous croyons donc pouvoir conclure qu'expérimentalement, aussi bien que cliniquement, l'immunité syphilitique n'est pas néces-

sairement constituée pendant l'incubation chancreuse. — C'est l'opinion de nombre d'auteurs, de Diday (*l. c.*, 1863) qui pense que le plus souvent les chancres multiples ou successifs succèdent à des coïts distincts; de Rollet (*Dict. Encyclop.*, art. CHANCRE, 1874), pour qui les chancres successifs résultent de contagions successives à la période d'incubation; de Mauriac, de Jullien; l'an dernier (*Soc. franç. de Dermat.*, 11 avril 1890), Rollet rappelait la fréquence des chancres multiples de la mamelle, résultant d'inoculations successives par la bouche de l'enfant qui prend le sein.

Il nous reste à étudier les chancres successifs, séparés par des intervalles prolongés. Ces chancres sont rares, en somme; en voici quelques observations :

Diday (*Histoire naturelle de la syphilis*, 1863, p. 238) cite trois cas :

Un cas, dû à Cullerier, est relatif à un homme porteur de deux chancres : l'un date de six semaines et est cicatrisé : il siégeait à la verge; l'autre, à gauche du pubis, est venu, au dire du malade, vingt-cinq jours après le premier. Il résulte de l'auto-inoculation du chancre de la verge qui, dans le décubitus, venait se mettre en contact avec la partie du pubis où s'est développé le deuxième chancre; ce deuxième chancre a donc eu une incubation de vingt-cinq jours au maximum.

Le deuxième cas, personnel à Diday, est celui d'un verrier atteint depuis un mois d'un chancre induré de la lèvre inférieure. Or, trois semaines après la naissance de ce premier chancre en apparut un deuxième à la lèvre supérieure, au point de cette lèvre qui se trouvait en contact avec le premier chancre. Le deuxième chancre a eu une incubation de trois semaines au maximum.

Le troisième cas, dû à Waller, est un cas de chancre à distance : il s'agit d'un enfant qui contracta la syphilis par inoculation de sang de syphilitique; il eut deux chancres de la cuisse gauche le 31 août, et, le 15 septembre, il présentait deux nouveaux chancres papuleux à l'épaule droite; ces derniers résultaient vraisemblablement de la réinoculation des premiers par les ongles de l'enfant, avec une incubation de quinze jours au plus.

Jullien (*l. c.*, 1886) cite le cas d'un malade qui eut un chancre du pénis, puis un deuxième chancre sur l'abdomen trois semaines après le premier.

Il dit qu'Horand a vu deux cas semblables.

Haslund (*l. c.*, 1887) publie cinq cas : dans l'un, un malade a le 15 janvier 1881 un chancre préputial, et en février un deuxième chancre à l'orifice uréthral : incubation de 15 jours au minimum. Dans un autre cas, le malade est vu le 27 juillet 1886 avec un chancre induré du sillon, dont le début remonte vers le 12 (roséole le 27 août), et le 29 juillet, il a un deuxième chancre de la face interne du prépuce : incubation probable de 17 jours. — Dans un troisième cas,

une malade est vue le 4 octobre, avec quatre chancres (deux de la commissure postérieure), datant approximativement du 15 septembre (roséole le 28 octobre), et le 9 octobre elle présente un chancre de la petite lèvre gauche : incubation probable de 24 jours.

Ohmann-Dumesnil (*Amer. med. Assoc.*, 9 mai 1888 ; *Monatsheft*, 1888, t. II, p. 817 : Double syphilide primaire à distance. De l'auto-infection syphilitique) donne deux observations : Dans l'une, le malade a eu d'abord un chancre préputial, puis un chancre de la lèvre inférieure (celle-ci présentait des raghades depuis quelque temps) : il s'agit ici de chancre à distance par inoculation du prépuce à la lèvre (vraisemblablement par les doigts du malade). — Dans l'autre observation, le malade est vu le 22 décembre 1886 avec un chancre préputial, et un deuxième chancre, plus petit de la lèvre supérieure : le mécanisme de la production du chancre labial est le même que dans le cas précédent.

K. Ulmann (Infection post-initiale : *Monatsheft*, 1889, t. II, p. 580) cite une observation de Lang (de Vienne) où un malade eut successivement deux chancres préputiaux à plus de 15 jours l'un de l'autre.

Enfin Lasch (*l. c.*, 1891) cite un cas du Dr Kopp où le sujet a eu il y a six semaines un chancre de la lèvre supérieure, et, trois semaines après, un chancre à distance, sur le dos du pénis : il s'agit d'une réinoculation accidentelle de la lèvre au pénis.

Ces quelques observations établissent évidemment qu'au moins dans quelques cas rares, le chancre syphilitique une fois apparu peut se réinoculer, soit spontanément par contact, soit accidentellement après transport à distance de la matière virulente. — Il semblerait donc possible que l'immunité ne fût point toujours solidement et définitivement établie, alors même que le chancre est né. — C'est l'opinion d'ailleurs de bon nombre d'auteurs : Diday (*l. c.*, 1863) dit : « Le chancre est réinoculable à l'état naissant, mais plus à la période d'état. » Rollet (*Dict. Encyclop.*, art. CHANCRE, 1874) admet aussi, mais exceptionnellement, la réinoculation spontanée du chancre. Il en est de même de Mauriac (*l. c.*, 1883), de Jullien (*l. c.*, 1886), de Leloir (*Leçons sur le chancre*, 1886), de Keyes (*Surgical diseases of gen.-urin. organs*, 1888), d'Hutchinson (*la Syphilis*, 1887) qui dit : « Jamais après le plein développement d'un premier chancre, il ne se forme de nouveaux chancres, mais il est possible que cela arrive en quelques cas exceptionnels. » Enfin, le 11 avril 1890 (*Soc. franç. de Dermatologie*), Mauriac faisait remarquer, à la suite de la communication de Du Castel, que les chancres successifs ne surviendraient pas en général plus de quinze jours après le premier chancre, mais qu'au moins, pendant ce laps de temps, l'immunité ne serait pas toujours acquise.

Pour d'autres, au contraire, l'immunité serait sans aucune exception constituée dès le chancre : telle est l'opinion de Berkeley Hill

(*Syphilis*, 1881) déclarant que, lorsque les chancres syphilitiques sont multiples, ils sont contemporains; de Prince Morrow, qui pense que les chancres multiples ne succèdent pas, comme le chancre mou, à des inoculations successives; de Ohmann-Dumesnil, qui conclut son travail (*l. c.*, 1888) ainsi : « La vraisemblance de l'auto-infection de la syphilis récente a encore besoin de démonstration. Dans les cas de chancres multiples et de chancres à distance, il est de règle que les lésions dérivent toutes de la même infection. Dans les chancres multiples d'âges différents, les plus jeunes doivent être considérés comme des lésions irritatives. — La syphilis, au commencement de la sclérose initiale, est déjà devenue constitutionnelle. »

Arrivés au terme de ce chapitre, si nous nous reposons notre question du début : « A quel moment l'immunité syphilitique est-elle constituée? » nous croyons pouvoir répondre par les conclusions suivantes :

1° L'immunité syphilitique se constitue dès l'incubation du chancre, mais elle peut manquer, souvent dans les premiers jours de ce stade, parfois pendant toute sa durée.

2° Il est de règle que l'immunité syphilitique soit établie à la naissance du chancre; toutefois il serait possible qu'elle manquât parfois, au moins dans les premiers jours de l'évolution chancreuse, avant l'adénopathie symptomatique : le bubon développé, l'immunité est faite : elle aura déjà un certain âge quand apparaîtront les accidents dits constitutionnels.

Ces conclusions ne sont peut-être que provisoires; telles quelles, elles légitiment les tentatives actuelles de traitement abortif de la syphilis par l'excision du chancre aussi précoce que possible avant l'adénopathie : nous rappellerons que cette méthode, malgré les résultats encourageants publiés, n'a pas encore fait ses preuves; néanmoins, comme le disait dans une toute récente leçon notre vénéré maître M. le professeur Fournier, dans les cas où le chancre est jeune, sans induration ni adénopathie, on peut et on doit pratiquer l'excision : on le peut, parce que c'est une opération sans danger pour le malade; on le doit, parce que le médecin n'a pas le droit de priver son malade d'un mode de traitement moins héroïque sans doute qu'on n'a voulu le dire, mais dont en somme il n'est pas absolument prouvé qu'on ne puisse rien tirer.

(*A suivre.*)

PSEUDO-RÉINFECTION SYPHILITIQUE

CHANCRE DE L'AMYGDALE. — MANIFESTATIONS SECONDAIRES MULTIPLES. — HYDARTHROSE SECONDAIRE. — ÉRYTHÈME ANTIPYRINIQUE

Par **Paul de Molènes.**

Peut-on contracter deux fois la syphilis? Cette question que posent fréquemment les malades et même les médecins qui ne s'occupent pas spécialement de syphiligraphie est une de celles qu'il importerait le plus de résoudre, d'une façon ferme, dans un sens ou dans l'autre. A elle en effet se rattache la question de la curabilité ou incurabilité de la syphilis, si importante à tous points de vue. Malheureusement les avis sont partagés, et si la plupart des auteurs pensent que la syphilis récidivée ou double n'existe pas, d'autres au contraire, et des plus autorisés, professent l'avoir observée. L'observation qui suit, intéressante à plusieurs titres, indique bien le point faible de certaines observations anciennes et récentes de ces prétendues syphilis récidivées. Il y aurait intérêt, je crois, à ce que les faits de ce genre soient publiés de façon à les opposer à ceux produits par les partisans de la doctrine de la syphilis doublée.

Observation. — M. G. D..., 28 ans, employé à la Douane, vient me consulter le 8 mai 1890, pour un mal de gorge qu'il ressent depuis quinze jours et qui ne disparaît pas malgré les gargarismes les plus variés. Sans être très douloureuse, l'affection cause une gêne marquée de la déglutition encore accrue par une tumeur un peu volumineuse apparue il y a six à huit jours sous l'angle de la mâchoire à droite. J'examine la gorge du malade et je constate au niveau de l'amygdale droite qui est manifestement tuméfiée, presque doublée de volume, une ulcération centrale ayant l'étendue d'une pièce de 20 centimes, occupant la face interne de la tonsille, relativement peu profonde, mais anfractueuse, rouge violacé par places, et recouverte sur d'autres d'un enduit grisâtre assez adhérent; les bords de cette ulcération sont nets, réguliers. L'amygdale atteinte, le pilier correspondant et toute la région voisine sont rouges, tuméfiés, et offrent au toucher une induration très nette, comme ligneuse. La gêne de la déglutition est assez notable, mais la douleur est à peine appréciable. En arrière de la branche montante du maxillaire inférieur à droite il existe un ganglion très dur, indolore, unique, ayant le volume d'un petit œuf de pigeon.

A ces différents caractères je reconnais un chancre de l'amygdale avec son gros ganglion satellite, et je me propose d'en rechercher l'origine lorsque le malade, garçon d'ailleurs fort intelligent, me dit : « Ce n'est pas la vérole, n'est-ce pas, puisque je l'ai déjà eue il y a trois ans et que je suis guéri. » Surpris, je lui demande de me raconter son histoire, et il me dit qu'il y a trois ans exactement, il a eu une blennorrhagie intense avec chancre du sillon balano-préputial, caractérisé par une plaie unique, du volume d'un grain de maïs, à fond légèrement creusé sécrétant abondamment; dès qu'il l'avait aperçue, il l'avait touchée avec un crayon de nitrate d'argent : quatre jours après, il était venu à la consultation de l'hôpital Saint-Louis, où la lésion avait été diagnostiquée chancre induré. En même temps que le traitement contre la blennorrhagie, on avait prescrit une pilule de proto-iodure. Il existait dans l'aine *de chaque côté* un ganglion volumineux, un peu douloureux. Au huitième jour du traitement, une orchite était survenue, monolatérale, et le malade avait dû garder le lit douze jours. Les ganglions de l'aine disparurent, le chancre se cicatrisa, et la blennorrhagie s'amenda considérablement au bout d'un mois. Sur le chancre, le malade avait mis de l'iodoforme; les pilules avaient été prises pendant tout ce mois. Ces différents accidents, chancre, adénite, blennorrhagie, étaient apparus cinq jours, au dire du malade, après le coït supposé infectant; mais c'est là une appréciation du malade qui déclare lui-même avoir vu plusieurs femmes différentes à cette époque.

Au bout d'un mois donc cessation du traitement qui fut repris trois semaines après régulièrement pendant un mois. Deux mois et demi après la disparition des accidents, apparut sur le corps une éruption rouge, intense, presque confluente, légèrement prurigineuse. Le malade retourne à Saint-Louis, et l'éruption fut reconnue pour une roséole syphilitique. Le traitement mercuriel fut de nouveau repris et, depuis cette époque, a été continué assez irrégulièrement pendant un peu plus d'un an, associé à l'iodure de potassium, au sirop de Gibert, c'est-à-dire que le malade a pris à peu près 150 pilules de proto-iodure d'hydrargyre de 5 centigrammes, 300 grammes à deux reprises de sirop de Gibert, et environ 50 grammes au plus d'iodure de potassium. Pendant tout ce temps, jusqu'à il y a quinze jours, le malade n'a eu aucun autre accident que des céphalées ou mieux des migraines, auxquelles il est d'ailleurs sujet depuis l'âge de douze ans, et à deux reprises différentes une éruption rouge, presque généralisée, légèrement prurigineuse, durant une huitaine de jours, analogue en tous points à la roséole qui a suivi le chancre. Il n'a pas eu d'autre éruption, jamais de plaques labiales ou linguales, pas d'alopécie : aussi se considérait-il comme guéri, si bien que ne craignant plus d'attraper la syphilis il avait eu des relations depuis deux mois avec la jeune bonne de son restaurant justement réputée syphilitique. J'ai été en effet appelé à constater que cette réputation était méritée, cette jeune bonne étant venue, sur les conseils de mon malade, me voir à ma clinique, et j'ai constaté qu'elle avait une syphilis remontant à sept mois, caractérisée uniquement alors par des plaques érosives multiples de la langue et des lèvres, les organes génitaux étant actuellement sains.

Malgré cette confrontation et l'aspect de la lésion amygdalienne, en

présence des affirmations de mon malade, j'étais très hésitant et me demandais si je n'étais pas en présence soit d'un de ces *pseudo-chancres indurés des syphilitiques*, à localisation tout à fait insolite, si bien décrits jadis par le professeur Fournier qui préfère aujourd'hui, avec raison, l'expression de «syphilomes chancriformes», soit d'une gomme amygdalienne ulcérée, soit enfin de la première observation de syphilis doublée qu'il m'était donné de constater. L'âge du sujet, l'absence de fièvre, les caractères objectifs de la lésion unilatérale me permettaient d'éliminer d'emblée l'idée d'un épithélioma ou d'une angine diphthéritique.

L'examen du sillon balano-préputial où avait existé le chancre il y a trois ans ne me donna aucune indication importante. Je n'observais au point indiqué par le malade qu'une petite cicatrice plissée, sans coloration anormale, sans induration.

Je ne prescrivis pour le moment aucun traitement, mais conseillais seulement des gargarismes fréquents au chlorate de potasse. Le malade revient me voir au bout de huit jours; aucun changement appréciable ne s'est produit, si ce n'est que la rougeur diffuse de la région a un peu diminué : l'adénopathie reste stationnaire, la douleur à la déglutition très modérée. Avec un pinceau imprégné de teinture d'iode je touche largement toute l'ulcération.

Ce badigeonnage est répété tous les deux jours, et au bout de dix jours la plaie se modifie : à sa surface il existe une membrane grise, rosée, épaisse, adhérente, que je parviens non sans peine à enlever avec une pince; au dessous, il existe des bourgeons rouges, légèrement saignants que je cautérise avec du nitrate d'argent.

Le 26 juin, l'ulcération avait disparu; l'amygdale restait grosse, irrégulière, bombée, rétractée par places, et dure, mais l'induration, qu'on perçoit surtout en prenant comme comparaison l'amygdale gauche, est beaucoup moins ligneuse qu'au début. L'adénopathie sous-maxillaire persiste, dure, mais un peu moins volumineuse. Toujours pas de traitement interne en raison de la difficulté du diagnostic. Le 2 juillet le malade se plaignait de lassitude, de céphalée, et le 12 juillet je constatais l'existence d'une éruption discrète de macules rosées, petites, disséminées sur le thorax, les épaules et l'abdomen, non squameuses, non prurigineuses, et dont le malade ne s'était même pas aperçu, si bien qu'il se récria quand je lui dis qu'il avait la roséole, déclarant que *celles* qu'il avait déjà eues étaient beaucoup plus étendues, et surtout beaucoup plus rouges, j'ajouterai beaucoup plus courtes comme durée, car l'éruption actuelle persista cinq semaines, sans jamais être sensiblement plus accentuée qu'au début; toutefois elle gagna la face palmaire des mains, ainsi que la plante des pieds où elle se caractérisa par des macules arrondies, d'un demi-centimètre à un centimètre de diamètre, ayant une coloration violacée, livide, caractéristique. En même temps il existait de l'alopécie, ainsi que de la polyadénite non douloureuse de la nuque. Le ganglion sous-maxillaire restait dur, indolent, mais diminuait notablement de volume. L'hésitation n'était plus permise; je prescrivis une, puis deux cuillerées à bouche par jour de liqueur de Van Swiéten dans du lait. Bientôt apparurent des plaques érosives des lèvres et des commissures, puis des douleurs vives dans les tibias, une

légère ténosite des deux tendons d'Achille, enfin en septembre une trentaine de plaques cutanées disséminées sur le tronc, la face, les membres, dont quelques-unes assez étendues, nettement arrondies, ayant le volume d'une pièce de 50 centimes, d'une coloration rougé violacé, et recouvertes de petites squames jaunàtres peu adhérentes.

Le 15 septembre, le malade me montre une éruption semblable à celles qu'il a déjà eues deux fois et caractérisée par de grandes taches irrégulières, d'une coloration rouge foncé, occupant le tronc et les membres, presque confluente au niveau des coudes et des genoux, disparaissant complètement sous la pression du doigt, s'accompagnant d'une légère sensation de cuisson, et d'une élévation assez manifeste de la température au niveau des plaques. Les pieds, les mains, la face sont indemnes, et l'éruption est sensiblement plus marqué sur le dos que sur la région thoracique antérieure. Cette roséole étendue, survenue l'avant-veille presque subitement, ressemble tellement à un érythème médicamenteux, que, questionnant le malade, j'apprends qu'il a pris avant-hier un cachet d'un gramme d'antipyrine pour calmer une migraine plus violente que celles auxquelles il est habituellement sujet, et que d'ailleurs il a pris autrefois aussi de l'antipyrine, particulièrement à l'époque où il a eu les deux éruptions que j'ai signalées, et qui furent prises la première pour une roséole, la seconde pour une roséole de retour. Je reviendrai plus tard sur ce point particulier de l'observation. Qu'il me suffise de dire que cette éruption disparut sans desquamation au bout de six jours, bien que le malade ait pris, sur mon conseil, quatre autres cachets d'antipyrine, sans que l'éruption ait été aggravée.

Depuis cette époque (25 septembre) jusqu'à aujourd'hui (28 février 1891), le malade a eu de nombreuses plaques érosives des lèvres, de la langue et des deux amygdales aussi bien sur celle qui porte encore la trace de l'accident initial que sur l'autre; et cependant le malade ne fume pas. Il a eu également des plaques étendues sur les cordes vocales constatées au laryngoscope, avec aphonie incomplète de six semaines, des syphilides érosives étendues siégeant entre les orteils, une poussée de syphilides papuleuses sur le tronc, les membres et le front, et enfin une double hydarthrose des genoux peu douloureuse quoique très nettement appréciable, n'ayant retenu le malade à la chambre que huit jours, n'ayant provoqué aucune réaction inflammatoire, ayant duré cinq semaines, n'ayant laissé aucune trace d'épanchement et ayant été traitée par la teinture d'iode, concurremment au traitement interne (2 cuillerées de liqueur de Van Swiéten, et 4, puis 6 grammes d'iodure de potassium par jour (1). Ajoutons enfin que notre malade a maigri; tout indique chez lui une dénutrition marquée; peut-être cette syphilis à début extragénital continuera-t-elle à évoluer d'une façon grave, malgré un traitement rigoureusement suivi.

L'insouciance du début a fait place à un abattement, une dépression morale exagérés. Jamais jusqu'à ce jour les organes génitaux n'ont présenté de lésion.

(1) Notre malade n'avait jamais eu de rhumatisme articulaire. Toutefois sa mère est très arthritique (migraines, coliques hépatiques, obésité et rhumatisme articulaire).

Cette observation comporte plusieurs particularités sur lesquelles je désire revenir brièvement.

1° *Les chancres de l'amygdale sont rares et le diagnostic en est parfois difficile.* Nivet, dans sa thèse intéressante sur les chancres extragénitaux (Paris, 1887), fait le relevé de 581 chancres extragénitaux sur lesquels il compte 29 chancres de l'amygdale, soit 5 p. 100. Ces chancres ont été d'ailleurs peu étudiés. Avant Rollet et surtout Diday (1), ils étaient toujours méconnus. Nous signalerons les observations les plus importantes qu'il faut ajouter à celles de Nivet, — elles sont consignées dans l'important travail de notre ami le Dr Paul Le Gendre (*Archives générales de médecine*, janvier et mars 1884) : — trois observations de Paul Le Gendre (*loc. cit.*), une de Morel-Lavallée (*Ann. Dermat.*, 1883, page 39), une de F. Hüe (*France méd.*, 1883), une de Merklen (*Ann. Derm.*, 1881, page 673), trois de Hulot (*Ann. Dermat.*, 1879-1880, page 29), deux de Spillmann (*Ann. Dermat.*, 1879-80, page 79), un de L. Brocq. — Depuis le travail de Le Gendre, quelques autres cas ont été publiés : neuf observations de Taylor (*New-York medical Journ.*, 24 mai 1884), un de Rabitsch (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1887, n° 17), un de Morel-Lavallée (*Ann. Dermat.*, 1888, page 375), un de Vidal (*Ann. Dermat.*, 1889, page 456), quarante de Pospelow (*Ann. f. Dermat. und Syph.*, 1889, nos 1 et 2 ; travail très important), quatre de Veslin (*Ann. Dermat.*, 1889, page 317), un de Feulard (*Ann. Dermat.*, 1890, page 320).

Notre observation doit donc s'ajouter aux cent huit autres que nous avons relevées dans ces dernières années. Ce chiffre est nécessairement très incomplet, car les observations de chancres indurés de l'amygdale typiques n'ont pas toutes été publiées, mais il indique la rareté relative de ces chancres, comparée à la fréquence des autres variétés de chancres extragénitaux. Ajoutons que beaucoup de chancres amygdaliens ont dû passer inaperçus en raison de la difficulté de leur diagnostic et être ainsi l'origine de syphilis à début ignoré. Nous voyons en effet qu'ils ont été pris par des médecins très autorisés pour des épithéliomas, des angines gangréneuses, diphthéritiques, des amygdalites ulcéreuses, des gommes syphilitiques ou tuberculeuses ulcérées, etc.

Dans le courant de notre observation, nous avons suffisamment insisté sur ces difficultés de diagnostic. Le facteur étiologique est, dans notre cas, facile à déterminer. Il y a eu baiser buccal et contamination médiate, la salive étant le véhicule du contage, la contamination directe ne pouvant guère s'exercer que dans certains cas de coït péno-buccal nettement signalés par quelques auteurs.

2° *La syphilis récidivée ou double existe-t-elle ?* — Telle est la ques-

(1) Diday, *Études sur le chancre de l'amygdale.* (*Comptes rendus de la Soc. de méd. de Lyon*, 1861-1862).

tion que nous avons posée au début de notre travail. Je ne veux pas la discuter entièrement ici ; mais je désire faire observer que la lecture des observations publiées par les auteurs qui sont partisans de la réinfection syphilitique, Diday (*Archives de médecine*, 1882), Neumann, Rodet, Sturgis, Caspary, Gabolotzski, etc., est loin d'entraîner la conviction. Toutes en effet présentent un point attaquable, et j'avoue, sans aucun parti pris, qu'aucune n'est susceptible d'entraîner la conviction. Pour un partisan de la syphilis doublée, l'observation présente en serait une preuve évidente. Voici en effet un malade qui a eu un chancre induré diagnostiqué tel à l'hôpital Saint-Louis avec adénopathie et roséole. Il a suivi un traitement assez régulier, a guéri, puis a contracté au bout de trois ans une seconde syphilis. Nous avons vu qu'il n'en était rien, que notre malade avait eu au contraire il y a trois ans une lésion banale de la verge : chancre simple sans doute ou peut-être herpès, avec induration également *banale*, due à la cautérisation, et roséole antipyrinique, dont le diagnostic rétrospectif a pu facilement être fait par nous.

L'erreur n'est donc pas possible ; nous croyons avoir montré qu'il s'agissait bien d'un chancre de l'amygdale et non d'un syphilome chancriforme ou pseudo-chancre induré si bien décrit par le prof. Fournier. Cette lésion qu'il n'est pas très rare d'observer chez les syphilitiques est, comme on le sait, caractérisée par une ulcération ayant la forme, l'étendue, l'indolence, l'induration, en un mot tous les caractères objectifs, la marche, la durée du chancre induré, s'accompagnant même parfois de la pléiade ganglionnaire : elle survient le plus souvent dans la deuxième année de la syphilis, jamais après la septième, occupe la région génitale et buccale, et quelquefois même le siège même du chancre primitif (pseudo-chancre *in situ*). L'existence de ce pseudo-chancre ignorée ou contestée par les auteurs qui croient à la réinfection réduit à néant un très grand nombre d'observations de syphilis récidivées, particulièrement toutes celles si nombreuses dans le mémoire de Diday où la seconde syphilis (vérole atténuée, syphiloïde) ne s'est manifestée que par un chancre sans adénopathie sans accidents secondaires.

Il faut donc, pour qu'il y ait syphilis récidivée véritable, comme l'enseigne le prof. Fournier, que les trois périodes successives suivantes soient rigoureusement observées :

1° Chancre induré, avec pléiade ganglionnaire indolente; puis quelques semaines après, roséole typique, et éruptions syphilitiques diverses, alopécie, céphalée, plaques muqueuses, etc. ;

2° Silence complet ou accidents tertiaires durant quelques années;

3° Un nouveau chancre induré typique après coït suspect, avec adénopathies caractéristiques, et quelques semaines après, accidents

secondaires incontestables se présentant dans leur ordre chronologique régulier.

Une observation bien rigoureuse dont l'authenticité ne saurait être contestée qui présenterait tous ces caractères ne laisserait subsister aucun doute sur la possibilité d'une réinfection syphilitique; mais, je le répète, il n'en existe aucune, et celles-là même qui semblent le plus entraîner la conviction comme celle d'Hugo Engel (*Philadelphia medic. Times*, 25 août 1884, p. 851) sont sujettes à discussion, et n'entraînent pas la conviction. M. Du Castel (*Semaine médicale*, 1888, p. 329), qui ne semble pas partisan de la réinfection, signale quelques cas dans lesquels, après un coït manifestement suspect, des malades syphilitiques ont vu survenir des accidents chancriformes : « En admettant, dit-il, qu'il s'agisse d'une infection, on est tenté de croire qu'on est en face d'un complément d'infection plutôt que d'une réinfection véritable, d'une seconde intoxication par un virus fort chez un sujet intoxiqué la première fois par un virus faible. Ce serait, comme dit Diday, une vérole en deux livraisons supplémentaires. »

Nous devons dire qu'il n'y a rien de surprenant à ce que cette lésion soit indurée, car on sait que, chez les syphilitiques, les lésions banales ont une tendance manifeste à s'indurer.

L'apparition de ce nouveau syphilome au siège du chancre primitif n'est pas très rare, car très fréquente est la récidive des accidents syphilitiques en un point toujours le même.

Les pseudo-roséoles syphilitiques ont également été une cause d'erreur. C'est ainsi que, dans notre cas, la roséole due à l'antipyrine avait été prise pour une manifestation certaine de la syphilis secondaire. J'ai déjà eu l'occasion de voir une malade atteinte d'herpès cataménial qui avait été pris pour un chancre, et qui avait eu une vaste éruption rubéoliforme après avoir pris une seule pilule de protoiodure d'hydrargyre de 5 centigrammes. La syphilis héréditaire, si bien étudiée de nos jours, montre par sa fréquence combien la guérison absolue de la syphilis est incertaine; je ne connais pas de fait authentique de syphilitique héréditaire ayant contracté la syphilis. Avec Ricord donc je conclurai : « Pour les observateurs sévères, les observations bien détaillées, bien authentiques, bien analysées, d'individus ayant eu deux fois des chancres indurés, et ayant présenté chaque fois la série des accidents constitutionnels dans l'ordre naturel qu'on connaît aujourd'hui, existent peut-être; mais je ne les ai pas rencontrées jusqu'à ce jour. Ces cas sont donc encore à trouver malgré ce qu'ont pu dire quelques personnes peu versées dans la syphilis. » (RICORD, *Lettres sur la syphilis*, p. 441. 3e édition, 1863.)

3° *La roséole syphilitique peut-elle simuler l'érythème produit par l'antipyrine ?* — Les observations d'érythème provoqué par l'antipy-

rine ne sont pas très rares (Behrend, Unna, Brooke, Cahn, Catain, E. Besnier, Prince A. Morrow, Spitz, Schwartz, Morel-Lavallée, etc.). Le plus souvent rubéoliforme, assez fréquemment scarlatiniforme, parfois enfin papuleux ou même ortié, l'érythème de l'antipyrine comme tous les exanthèmes médicamenteux de cause interne (quinine, chloral, arsenic, hydrargyre, iodure et bromure de potassium, balsamiques, sulfonale, etc., etc.) présente de très nombreuses variétés d'aspect, de forme, d'étendue, de durée. On pourrait certes en dire autant de la roséole syphilitique; cependant pour un œil exercé il est généralement facile de distinguer ces deux éruptions. Dans notre observation, nous avons pu comparer les deux exanthèmes, si différents l'un de l'autre par leur étendue, leurs caractères objectifs et leur durée. La roséole syphilitique en effet, nettement maculeuse, peu colorée, gagnant les mains et les pieds, non prurigineuse, durant cinq semaines ne ressemble en rien à l'éruption médicamenteuse, survenant brusquement, caractérisée par des plaques rouges, étendues, légèrement prurigineuses, disparaissant sous la pression du doigt : éruption à la fois rubéoliforme et scarlatiniforme, n'ayant duré que six jours. Cette éruption est manifestement due au médicament, malgré la faible dose d'antipyrine prise par le malade (1 gramme). On sait en effet que parfois de très petites quantités provoquent l'éruption que ne produiraient pas des doses beaucoup plus élevées d'un médicament qui semble avoir une véritable influence qualitative, et non quantitative, et agit par une sorte de mécanisme électif : il faut aussi invoquer une attitude spéciale du sujet, « une condition individuelle prédisposante, *innée*, faisant partie de la constitution même du sujet », comme le fait observer notre maître M. le Dr E. Besnier (Pathogénie des érythèmes, *Annales de Dermat.*, 1890, page 1), qui expliquent fort bien la fréquence des récidives des érythèmes médicamenteux. Toutefois dans notre cas, comme dans tous ceux observés, le médicament quel qu'il soit a été administré parce qu'il existait un état pathologique quelconque, ce qui complique la question de la condition pathogénique, à savoir : si c'est le médicament ou l'état pathologique, ou même l'association des deux qu'il faut incriminer dans les productions du trouble angioneurotique. La discussion de cette question si intéressante nous entraînerait trop loin; nous renvoyons le lecteur à l'article si intéressant de M. Besnier que nous venons d'indiquer.

Notre malade a donc eu un chancre induré de l'amygdale, une roséole caractéristique, des accidents secondaires variés, et un érythème antipyrinique : je ne discuterai pas l'hypothèse d'une roséole de retour, qui n'évolue jamais de la sorte.

4° *Hydarthrose syphilitique secondaire.* — Ces hydarthroses manifestement secondaires ne sont pas fréquentes. Elles ont été bien dé-

crites surtout par le professeur Fournier, et notre observation reproduit fidèlement les caractères qu'il leur a assignés.

La guérison semble, dans notre cas, avoir été plus rapide et plus complète que dans les observations de M. Fournier (Quelques observations d'hydarthrose syphilitique secondaire, par A. Gouget, *Annales de Dermatologie*, 1889, p. 182), bien que le malade n'ait pas pris de salicylate de soude, et j'attribue ce résultat à l'énergie du traitement (2 cuillerées à bouche de liqueur de Van Swiéten, et 4, puis 6 grammes d'iodure de potassium par jour).

NOTE SUR LA PROPHYLAXIE DE LA SYPHILIS

CONCERNANT LA CONTRE-VISITE DES NOURRICES A LA PRÉFECTURE DE POLICE (1)

Par M. le Dr **Duvernet**,

Médecin inspecteur des nourrices à la Préfecture de police.

Depuis la mise en vigueur de la loi Roussel, un service spécial fonctionne à la Préfecture de police pour l'examen des nourrices. Cette note a pour but de faire connaître les conditions dans lesquelles s'exerce la prophylaxie syphilitique, relative à ce service; de montrer l'insuffisance de la réglementation actuelle et d'indiquer des mesures destinées à la compléter.

Les faits exposés sont appuyés de documents conservés dans les bureaux; les conclusions qui en découlent sont le résultat de six années d'une observation quotidienne.

Inspection des nourrices.

Chaque année 14000 examens, en moyenne, sont pratiqués pour les nourrices, dont 5300 pour les nourrices sur lieux, c'est-à-dire élevant le nourrisson dans sa famille.

Chacune de ces femmes a été munie au préalable d'un certificat médical attestant notamment qu'elle ne paraît atteinte d'aucune maladie contagieuse. Les nourrices sur lieux, qui, en quittant une place, veulent se replacer immédiatement, sont obligées de se représenter à la Préfecture, avec leur carnet, sans nouveau certificat médical.

(Toutes les femmes sont examinées avec le même soin minutieux : les ganglions inguinaux sont toujours explorés; les seins des nourrices au biberon sont inspectés chaque fois qu'un allaitement a été assez récent; les organes génitaux sont visités, s'il y a lieu.)

(Le refus d'une nourrice reconnue syphilitique est toujours accompagné des plus grandes garanties d'exactitude pour le diagnostic; il lui est notifié en ces termes : « Vous ne pouvez pas être nourrice parce que vous avez une maladie qui se communique; vous devez vous faire soigner. » *Il ne lui est jamais dit que cette maladie vient du*

(1) Note lue à l'Académie de médecine, le 10 mars 1891.

nourrisson, même si elle le demande. Cette réserve, contestable quand une nourrice n'est pas encore contaminée et quand elle vient consulter (1), semble obligatoire dans les conditions inverses où se trouve la nourrice à la Préfecture.)

Les mesures suivantes ont été proposées et adoptées :

1° Toute femme qui, depuis moins de deux mois, a donné le sein à un nourrisson syphilitique, est ajournée, pour un nouvel examen, à deux mois à partir du jour où elle a été séparée de cet enfant.

2° Pour être autorisée à prendre un nouveau nourrisson, la femme ainsi ajournée doit se représenter à la Préfecture dans le délai qui lui a été notifié, ou, si elle le dépasse, être munie d'un certificat médical daté de l'époque fixée pour le nouvel examen.

3° Toute nourrice sur lieux qui, sortie de place, n'est pas munie d'un nouveau certificat médical, en entrant dans un bureau, doit être envoyée dans les vingt-quatre heures à la visite de la Préfecture. Il ne lui est permis de donner le sein qu'après avoir été autorisée par la Préfecture à séjourner dans un bureau.

Insuffisance de la réglementation.

Ces mesures atteignent et dépassent les dernières limites des pouvoirs dévolus à l'administration; celle-ci les applique d'ailleurs avec un soin scrupuleux. Cependant elles sont absolument insuffisantes pour combler deux lacunes réglementaires, relatives l'une à l'incubation de la syphilis, l'autre à l'absence de toute garantie des nourrices contre la contagion des nourrissons.

C'est par grande exception, en effet, que l'administration sait que des nourrices quittent un nourrisson syphilitique et elle l'ignore toujours pour les nourrices sur lieux. Si elles sont encore sans lésion apparente, au moment de l'examen, elles sont autorisées à un nouvel allaitement, quoique pouvant avoir été contaminées par leur dernier nourrisson. Dès ma première année d'exercice, M. le Préfet de police a été avisé des inconvénients résultant de l'incubation syphilitique. Mais c'est par une leçon magistrale, publiée en 1886, sur les « nourrices en incubation de syphilis (2) », que ce danger a été mis en pleine lumière et connu de tous les médecins que la question intéresse. On ne saurait que répéter, en l'affaiblissant, la démonstration éloquente de ce fait, que les nourrices transmettent la syphilis d'un nourrisson à un autre, malgré les examens auxquels elles sont soumises. Le professeur de l'hôpital Saint-Louis a d'ailleurs indiqué le moyen seul capable de parer à ce danger permanent.

(1) Professeur Fournier. Du nourrisson syphilitique (*Revue de thérapeutique*, 1er décembre 1890). Extrait de l'*Union médicale*.

(2) *La Semaine médicale*, année 1886, p. 493. Leçon clinique de M. le professeur Fournier.

La question que l'on peut se poser est de savoir si ce mode particulier de transmission de la syphilis est assez fréquent dans le service de protection des enfants du premier âge, pour déterminer à prendre une mesure destinée à l'éviter. Il n'est pas possible de fixer l'opinion à cet égard par l'indication du nombre des nourrissons ainsi contaminés; car ceux-ci restent inconnus presque toujours. Les parents gardent le secret de l'introduction de la syphilis dans la famille; ils ne se plaignent pas ostensiblement. Pendant six ans, une seule plainte relative à la contagion d'un nourrisson a été formulée et elle concerne précisément une nourrice qui était en état d'incubation, au moment de son examen à la Préfecture, après avoir été congédiée d'une famille.

Mais, à défaut de cette preuve directe, étant donné le nombre des nourrices qui passent sans délai d'un nourrisson à un autre, étant admise la fréquence de la syphilis héréditaire chez les nourrissons, on peut entrevoir le nombre des victimes de la contagion spéciale qui nous occupe.

Or, chaque année 1 300 examens sont pratiqués pour des nourrices sur lieux, qui, sorties de place la veille, sont autorisées à se replacer immédiatement. Cette moyenne, obtenue en quatre ans, depuis 1887, montre que 1 300 enfants, à quelques unités près, sont, chaque année, allaités, dans leur famille, par des nourrices qui viennent de donner le sein à un nourrisson précédent, dont l'état de santé est absolument inconnu. Voilà un premier fait qui paraît suffisant pour établir la gravité d'une telle situation.

La fréquence de la syphilis héréditaire chez l'enfant est-elle contestable à Paris? D'après des renseignements qu'ont bien voulu me fournir obligeamment mes collègues des circonscriptions médicales de la Seine, on arrive à être convaincu que près de deux sur cent des enfants, placés en nourrice avant l'âge de trois mois, sont atteints de syphilis par hérédité. Dans le « Document statistique sur les sources de la syphilis » présenté à l'Académie de médecine, par M. le professeur Fournier, la syphilis héréditaire chez l'enfant et la contagion des nourrices par des nourrissons héréditairement syphilitiques tiennent le premier rang, au point de vue de la fréquence, parmi les causes de la syphilis d'origine non sexuelle. Enfin les médecins inspecteurs de la province se sont plaints de ce qu'il leur arrivait trop souvent de Paris des nourrissons syphilitiques.

Il est vrai que dans les services d'inspection médicale fonctionnant, comme celui du département de la Seine, régulièrement et avec activité, la contagion des nourrices est assez rarement constatée. Cette rareté relative s'explique parce que les nourrissons syphilitiques sont retirés rapidement et parce que d'ailleurs, après le retrait, les nourrices cessent forcément d'être en observation. Mais les nourrissons élevés dans leur famille ne sont pas soumis à cette surveillance

vigilante. *Les nourrices sur lieux sont beaucoup plus exposées;* elles paraissent même souvent sacrifiées à l'intérêt des enfants. Nous avons acquis la preuve qu'un nourrisson, arrivé à l'âge de onze mois, a été allaité par huit nourrices dont la dernière est revenue à la Préfecture avec un chancre infectant du sein, offrant les caractères les plus certains, accompagné de son adénite, datant déjà de trois semaines. Cette femme donnait d'ailleurs sur son nourrisson des renseignements qui, rapprochés de sa lésion, ne laissaient aucun doute sur la source de la contamination.

Les nourrices sur lieux chez lesquelles une lésion syphilitique a eu le temps d'apparaître, avant qu'elles ne soient congédiées par la famille, reviennent en petit nombre à la Préfecture ; elles vont directement, en général, porter la contagion dans leur foyer. Cependant, en une seule année (1887), sur onze nourrices manifestement syphilitiques, neuf ont présenté l'accident primitif aux seins ; une avait été contaminée chez elle par son nourrisson, et les huit autres l'avaient été dans les familles qu'elles venaient de quitter.

Combien plus nombreuses doivent être les nourrices congédiées qui nous arrivent avant que la contagion ne soit apparente ! Celles-ci sont évidemment averties moins souvent du péril de leur situation. Elles nous rapportent un carnet contenant un certificat de service signé des parents et dépourvu de tout renseignement médical ; nous les autorisons réglementairement à transmettre dans une autre famille l'héritage syphilitique recueilli dans la précédente.

Dans une question de cette nature, il semble d'ailleurs que le nombre des cas constatés est d'ordre secondaire, si les nourrissons se trouvent souvent exposés. Ces contagions médiates existent ; leur proportion seule est inconnue. Dès 1886 M. le professeur Fournier avait observé une quinzaine de cas de syphilis ainsi transmise à des nourrissons. Les médecins inspecteurs des enfants du premier âge constatent cette transmission du nourrisson à l'enfant de la nourrice, quand celle-ci, par exception, conserve un nourrisson syphilitique et continue à être surveillée. A la Préfecture, quelques nourrices ont présenté des chancres infectants du sein, apparus seulement depuis l'obtention d'un certificat médical, délivré pendant l'incubation. Enfin, le médecin de la Préfecture est obligé trop souvent de donner une nouvelle autorisation à des nourrices, extrêmement suspectes à cause des circonstances dans lesquelles on a fait cesser l'allaitement de leur dernier nourrisson.

Mesures proposées.

Les faits et les considérations qui précèdent paraissent rendre légitime l'adoption de la conclusion suivante, extraite de la leçon

de M. le professeur Fournier : « La seule garantie qui puisse préserver la santé publique contre le danger spécial des nourrices en incubation de syphilis, c'est un certificat médical attestant l'immunité du dernier nourrisson auquel une nourrice a donné le sein. » Cette conclusion s'impose particulièrement en ce qui concerne les nourrices sur lieux.

L'absence de ce certificat entraînerait le refus de quelques nourrices qui pourraient n'être pas contaminées. Pour parer à cet inconvénient, il conviendrait de les autoriser de nouveau, mais seulement à la suite d'un examen médical, fait en temps opportun, après la période d'incubation.

Enfin, comme corollaire du certificat exigé de la nourrice, une obligation incomberait aux parents, ou à leurs représentants, ce serait celle de procurer le certificat à la nourrice. Un engagement de leur part, au moins tacite, résultant d'une ordonnance de police, aurait pour effet de diminuer la facilité avec laquelle certaines familles exposent les nourrices à la contagion de leur nourrisson.

Une mesure plus radicale serait sans doute désirable. « Un certificat garantissant la nourrice contre tout risque d'affection contagieuse qui pourrait lui être transmise par son nourrisson » a été proposé dans le « Rapport à l'Académie de médecine sur la prophylaxie publique de la syphilis ». La formule adoptée par la Commission est certes la meilleure possible (1); mais elle n'enlève pas à ce certificat son caractère inquisitorial ni l'apparence d'un procédé difficile à employer d'une façon utile. Dans les ménages irréguliers, le père échappe à tout examen; dans les familles, quel trouble ne manquerait pas d'apporter le refus d'attester que la mère ou le père n'a pas une maladie contagieuse; le médecin qui, consulté antérieurement, aurait autorisé le mariage malgré une syphilis ancienne, ne pourrait que se récuser, en laissant la possibilité de le remplacer. En définitive, ce certificat serait demandé, selon les circonstances, à un médecin du choix de la famille, ne connaissant pas les antécédents, et dès lors il équivaudrait le plus souvent à une simple déclaration des parents.

La commission a retiré cette proposition, sans la soumettre à la discussion de l'Académie; mais elle n'en a pas moins reconnu l'utilité d'une mesure nouvelle pour protéger les nourrices et les nourrissons. L'engagement consenti par les parents, en prenant une nourrice, de lui procurer ultérieurement un certificat médical, relatif à la santé de son nourrisson, n'aurait, lui aussi, que la valeur d'une

(1) « Je soussigné, docteur en médecine, demeurant à... certifie qu'il n'est pas à ma connaissance que les parents de l'enfant X... auxquels je donne mes soins depuis... soient affectés d'aucune maladie héréditaire qui puisse être transmise à la nourrice chargée d'allaiter cet enfant. »

déclaration ; mais celle-ci aurait l'avantage d'être obtenue sans un procédé excessif et devant lequel pourraient reculer les autorités chargées d'en décréter l'application.

En résumé, les dispositions suivantes garantiraient les nourrissons et les nourrices dans la mesure du possible :

1° Toute nourrice sur lieux, qui, depuis moins de deux mois, a donné le sein à un nourrisson, doit, pour être autorisée à un nouvel allaitement, produire un certificat médical, attestant que ce nourrisson n'était atteint d'aucune maladie contagieuse.

2° La nourrice qui n'aura pas été munie de ce certificat pourra y suppléer par un certificat médical, daté d'une époque correspondant à un délai de deux à trois mois, à partir du jour où elle aura été séparée de son dernier nourrisson, constatant qu'elle n'a pas été contaminée par ce nourrisson.

3° Toute personne qui prend, dans un bureau de placement, une nourrice, accepte l'obligation de procurer à cette nourrice, au moment de sa sortie de place, un certificat médical attestant que son nourrisson n'était atteint d'aucune maladie contagieuse.

(La formule de ce certificat serait inscrite sur le carnet de la nourrice; la teneur de l'obligation des parents, ou des ayants droit, serait imprimée sur le reçu délivré par les bureaux aux personnes qui prennent une nourrice.)

Il n'est pas téméraire de penser que ces propositions, ou toutes autres mesures dans ce sens, seraient bien accueillies des autorités compétentes. Celles-ci trouveraient dans la haute sanction de l'Académie de médecine la confiance nécessaire pour prendre une décision et remédier à une situation reconnue dangereuse pour la santé publique.

NOTE SUR L'HISTOLOGIE DE L'URTICAIRE PIGMENTÉE

Par MM. **Quinquaud** et **Nicolle**.

Communication à la Société française de Dermatologie.

Les connaissances que nous possédons sur l'histologie de l'urticaire pigmentée résultent des descriptions de Thin, Pick, C. Fox, Unna, Raymond, Elsenberg et Doutrelepont. Ces descriptions concordent toutes dans leurs points principaux, à l'exception de celle de Pick, qui se rapporte à des altérations d'ordre absolument différent. Laissant donc ce fait de côté, nous nous contenterons de rappeler brièvement les recherches des autres dermatologistes. Celles-ci ont porté sur les deux grands caractères de l'affection : la plaque urticarienne et la pigmentation.

Thin et Fox ont établi que la tumeur ortiée était due à une infiltration du derme par des cellules spéciales dont ils n'ont pu déterminer nettement la nature. Unna démontra que ces cellules n'étaient autres que les mastzellen d'Ehrlich, opinion confirmée par les travaux ultérieurs. Raymond, auquel on doit le meilleur travail d'ensemble sur la question, s'attacha à donner une description complète des lésions se basant sur deux nouveaux cas. Enfin Elsenberg et Doutrelepont aboutirent à des conclusions analogues à celles des histologistes précédents.

La coloration des plaques a été attribuée à diverses causes : à la présence de cristaux d'hématine dans le derme — à des dépôts de grains pigmentaires dans les cellules les plus inférieures de la couche de Malpighi, — enfin à l'accumulation pure et simple des cellules d'Ehrlich vues par transparence (Raymond).

Après avoir reconnu la nature histologique des éléments de l'urticaire pigmentée, les auteurs ont recherché quelle en pouvait être l'origine. Pour les Allemands, les mastzellen sont de provenance migratrice ; pour Raymond, elles dérivent des cellules fixes du tissu conjonctif (au moins en grande partie).

On s'est également demandé si elles étaient vraiment pathognomoniques de l'affection. A cette opinion admise depuis les travaux de Unna, Doutrelepont a objecté qu'il avait retrouvé les cellules d'Ehrlich en nombre à peu près aussi considérable dans diverses lésions cutanées (lupus et urticaire persistante notamment).

Les recherches que nous avons entreprises ont été pratiquées sur deux fragments de peau provenant d'un des malades déjà étudiés par Raymond (Obs. XXIX de sa thèse). Nos préparations ont été colorées par le picrocarmin, le carmin et l'hématoxyline, l'hématoxyline et l'éosine — et par le violet dahlia d'après le procédé que recommande Ehrlich (1876).

Cette méthode est la suivante : on traite les coupes pendant 12 à 24 heures par une solution de dahlia dans l'alcool au tiers additionnée de 10 c. c. pour 100 d'acide acétique cristallisable ; puis on les lave à l'alcool absolu ; les mastzellen restent seules colorées par le réactif. En teintant ensuite les autres éléments par le carmin, nous avons obtenu des préparations qui facilitent énormément l'étude des lésions en les rendant pour ainsi dire schématiques.

Nos préparations se rapportent à deux plaques ortiées, l'une tout à fait typique siégeant à l'avant-bras droit, l'autre déjà un peu affaissée, à la partie postérieure du tronc. Disons, dès maintenant, que l'examen histologique ne nous a révélé aucune différence appréciable entre les deux séries de coupes. Nous avons retrouvé, à peu de chose près, les apparences décrites par M. Raymond.

Sur les coupes colorées au dahlia on aperçoit à un faible grossissement une masse d'éléments cellulaires teints en violet. Ces éléments sont plus abondants au niveau du plan vasculaire superficiel et surtout du plan vasculaire profond. Ils sont moins nombreux dans la zone anastomotique et dans la région immédiatement sous-jacente à l'épiderme. En ces derniers points ils se montrent tantôt isolés, tantôt et le plus souvent en petits amas périvasculaires. Dans l'hypoderme, ils sont très clairsemés, ne formant de groupes qu'au voisinage des glomérules sudoripares. A un plus fort grossissement on se convainc encore mieux de l'identité parfaite des cellules de l'urticaire et des mastzellen. Même forme polygonale dans les points où elles sont tassées en lots et en colonnettes, même aspect allongé ou même complètement fusiforme dans les régions où elles demeurent isolées; enfin même protoplasme rempli de granulations violettes au centre duquel se voit, comme en négatif, un noyau à peine coloré. Ce noyau montre au contraire une teinte rose dans les préparations soumises à l'action successive du dahlia et du carmin. Ces préparations permettent de constater l'immunité absolue des diverses parties constituantes du derme, de l'épiderme et de leurs annexes. Nous ferons cependant remarquer que, dans nos coupes, les cellules des couches les plus inférieures du réseau de Malpighi présentent un dépôt pigmentaire brunâtre. Ce dépôt est très facile à voir dans les préparations colorées seulement au dahlia, préparations dans lesquelles les cellules épidermiques sont presque absolument décolorées. Dans les coupes traitées par le violet et le carmin, nous avons

toujours remarqué l'absence de toute espèce de réaction inflammatoire ; c'est à peine, en effet, si autour de certains capillaires on rencontrait un nombre extrêmement restreint de leucocytes. Dans l'observation qu'il a rapportée récemment, M. Doutrelepont dit, au contraire, avoir observé une quantité assez notable de globules blancs, mêlés aux mastzellen périvasculaires.

Nos préparations au picrocarmin nous ont permis de constater l'exactitude des descriptions des auteurs. Nous avons retrouvé les cellules d'Ehrlich sous la forme d'éléments irrégulièrement cuboïdes quand ils sont en série, essentiellement polymorphes lorsqu'ils se présentent à l'état isolé. Le noyau est arrondi et prend, par le picrocarmin, une teinte rose pâle ; le protoplasme, bien développé, montre une teinte blanc jaunâtre, ou franchement jaune, suivant que le réactif est plus ou moins riche en acide picrique ; ce protoplasme est clair, mais de nombreuses granulations très fines en diminuent la transparence.

Dans les coupes traitées par l'hématoxyline et le carmin ou par l'éosine et l'hématoxyline, les mastzellen montrent un protoplasme rose (carmin ou éosine) et un noyau violet foncé (hématoxyline). Ce noyau, dans lequel on ne rencontre jamais de figures karyokinétiques, présente cependant fréquemment des signes non équivoques de division (directe). Ainsi il est commun de trouver des cellules à deux noyaux ou à noyaux réniformes, ou à noyau bi et même trilobé. Nous rappellerons, d'ailleurs, qu'Ehrlich a constaté souvent des phénomènes analogues dans les mastzellen du tissu conjonctif normal.

Comme on le voit, nos recherches confirment d'une façon générale celles des auteurs.

Le stade avancé de la lésion que nous avons étudiée ne nous permet pas d'aborder la question de l'origine des mastzellen. Par contre, ce qui précède nous permet d'affirmer que la plaque ortiée peut s'accroître en partie par multiplication de ses éléments propres. Nous ne saurions rien dire non plus du mode de disparition des cellules de l'urticaire pigmentée, n'ayant pas trouvé de cellules dégénérées analogues à celles décrites par Raymond dans son deuxième examen histologique.

Par contre, il nous paraît légitime de rattacher la pigmentation à la présence des granulations intra-épidermiques, au moins dans notre observation. Nos préparations sont d'ailleurs identiques en cela avec celles de Unna, Fox et Doutrelepont.

Enfin nous dirons que la structure histologique des plaques nous semble absolument caractéristique de l'affection, contrairement à l'opinion de Doutrelepont.

Nous avons examiné avec la méthode d'Ehrlich un grand nombre de pièces anatomo-pathologiques se rapportant aux principaux types

de tumeurs (épithéliomes, sarcomes, fibromes, lipomes), à divers processus infectieux (syphilis, lèpre, morve, tuberculose et scrofulo-tuberculose) et à plusieurs affections cutanées (eczéma, lichen, etc)., et jamais nous n'avons rencontré de mastzellen en pareille abondance : loin de là. D'ailleurs serions-nous tombés sur des cas analogues à ceux de M. Doutrelepont — et ils doivent être bien rares — que notre opinion n'en demeurerait pas moins opposée à la sienne. Dans une inflammation chronique de la peau, quelle que soit l'abondance des mastzellen, elles représentent un élément accessoire et non l'unique lésion cutanée, comme cela a lieu dans l'urticaire pigmentée. — Ce n'est donc pas la présence des mastzellen, éléments normaux du tissu conjonctif très abondants dans certains organes (le duodénum du chien, par exemple), qu'il faut regarder comme pathognomonique, mais bien leur présence exclusive en nombre considérable.

Nous devons cependant signaler en terminant une particularité qui, si elle était vérifiée dans la généralité des cas, pourrait peut-être jeter un certain jour sur la question et qui est rapportée par M. Doutrelepont. Dans un cas d'urticaire persistante datant de trois semaines, les lésions étaient, dit cet auteur, identiques à celles de son observation d'urticaire pigmentée. En dehors de cette donnée, nous pensons que la question ne peut faire de pas décisif que par l'étude des lésions à leur période précoce, étude qu'il faudrait d'ailleurs mener parallèlement avec celle du développement des mastzellen dans le tissu conjonctif de l'embryon normal.

NÉVRODERMITE AIGUË DIFFUSE

CHEZ UNE MALADE ATTEINTE DE PLAQUES DE NÉVRODERMITE CIRCONSCRITE CHRONIQUE DE LA PAUME DES MAINS

Par **L. Brocq**.

Communication à la Société française de Dermatologie.

J'ai l'honneur de présenter à la Société une malade qui est atteinte d'une lésion kératodermique palmaire symétrique rebelle. Je crois, après observation longue et approfondie de ce cas, pouvoir le ranger dans les névrodermites.

En somme, c'est un lichen simplex circonscrit de la paume des mains. On sait que, dans l'étude que nous avons faite, mon excellent ami M. le Dr Jacquet et moi, de cette affection, nous avons dit qu'elle pouvait exister à la paume des mains et à la plante des pieds, et que désormais il fallait tenir compte de cet élément nouveau dans le diagnostic différentiel si difficile des lésions sèches de ces régions. Tous ces points si obscurs de la dermatologie sont encore à l'étude, aussi nous a-t-il paru intéressant de faire connaître cette observation.

Mme X... âgée de cinquante-quatre ans, couturière, vient nous consulter en septembre 1890 pour une affection rebelle de la paume des mains.

Elle est fort nerveuse, très impressionnable, et a éprouvé depuis quelque temps de violents chagrins. Depuis plusieurs années déjà elle ressentait du prurit à la plante des pieds sans qu'il y eût la moindre lésion cutanée appréciable. En juillet 1890, à la suite de vives contrariétés, elle commença à souffrir de très vives démangeaisons à la paume des mains : elle frotta, gratta sans cesse ces régions : bientôt elle vit apparaître une sorte de fissure douloureuse à la paume de la main gauche ; puis les lésions actuelles s'établirent peu à peu, très graduellement. Les crises de prurit étaient surtout violentes vers le soir. Depuis lors elles ont perdu de leur intensité première.

Lorsque je la vis pour la première fois à l'hôpital Saint-Louis, elle présentait à la paume des mains et à la plante des pieds des lésions symétriques caractérisées par un épaississement marqué de l'épiderme qui était grisâtre, corné, adhérent, en desquamation fine, par une certaine rougeur pâle mais appréciable du derme sous-jacent, et par d'assez nombreuses fis-

sures douloureuses orientées suivant les plis de la paume de la main et de la plante du pied. Certaines personnes avaient cru à la nature spécifique de ces accidents. Quant à moi, je diagnostiquai d'abord une kératodermie symétrique des extrémités. Ce n'était là qu'un diagnostic purement objectif, et après avoir longuement étudié la malade, je crus pouvoir conclure à l'existence d'une névrodermite symétrique.

Le traitement institué par des onctions de pommades à base d'acide salicylique et tartrique amena une certaine amélioration fort minime cependant. Puis je perdis la malade de vue.

Elle revint me voir le 8 décembre 1890 avec une éruption symétrique qui occupait les parties latérales du tronc, le ventre, les cuisses et la région lombaire; elle était diffuse, sans limites précises, et était caractérisée par une rougeur rosée assez accentuée au niveau de laquelle se voyait une sorte de petit granité qui au premier abord ressemblait jusqu'à un certain point à des vésicules d'eczéma, mais qui n'en était pas, car il était impossible par le grattage de faire sourdre le moindre suintement : cette éruption, au dire de la malade, avait toujours été d'une sécheresse absolue. En regardant de fort près, il était facile de se convaincre que le granité en question était dû à un certain degré d'hypertrophie papillaire; cependant le derme n'était que peu ou point épaissi, sauf au centre des placards où il semblait bien, quand on saisissait le derme entre les doigts, qu'il était un peu infiltré. Cette poussée éruptive était survenue à la suite de violents chagrins : elle avait d'abord éprouvé de vives démangeaisons; elle s'était grattée, et peu à peu avait vu survenir l'éruption.

Le traitement que j'instituai à cette époque fut le suivant : sinapismes sur la colonne vertébrale, à l'intérieur alternativement arséniate de soude à la dose de 5 à 10 milligrammes, bromure et iodure de potassium à la dose de 1 à 2 grammes par jour : localement j'employai une pommade à l'acide salicylique et à l'acide tartrique. En février 1891 l'éruption du tronc et des cuisses avait totalement disparu, mais celle des mains et des pieds existait toujours.

En avril, les pieds étaient presque complètement guéris; l'éruption des mains persistait : je prescrivis une pommade au calomel.

Le 8 mai 1891, les pieds sont guéris. La plaque de la main gauche est caractérisée par une rougeur à bords peu nets, assez irrégulière de contours, occupant la base du pouce et la partie médiane de la paume; son grand diamètre transversal mesure de 7 à 8 centimètres, et le vertical de 4 à 5. La peau est manifestement épaissie en ce point. Elle est sillonnée par places de plis très marqués, sans direction systématisée nette, semblant correspondre surtout aux plis de la main : quelques-uns sont profonds et arrivent à former des fissures douloureuses. L'épiderme est en desquamation, mais en desquamation difficile et peu marquée, sur toute la surface de la plaque, ce qui veut dire qu'il est des plus adhérents : il est corné en certains points, lisse en d'autres, peu épais, grisâtre. Le derme sous-jacent offre une teinte à peine rosée, un peu terne et sale.

La face palmaire de la main droite est moins prise. La base du pouce est indemne : il n'y a que la partie moyenne de la paume de la main qui soit intéressée.

Le traitement consiste en applications, le jour de pommade au calomel, la nuit d'emplâtres à l'huile de foie de morue : à l'intérieur, la malade prend de l'arséniate de soude; on lui donne deux douches froides par semaine.

Il est certain qu'au premier abord il semble bien qu'il s'agisse dans ce fait d'un simple eczéma chronique de la face palmaire des mains, lequel s'est compliqué à un certain moment d'une poussée aiguë. Mais cet eczéma ne présente-t-il pas des caractères bien spéciaux? Sa symétrie, son mode de développement après de violentes émotions chez des personnes à système nerveux ébranlé, l'antériorité du prurit, sa sécheresse constante et absolue, la rareté de la desquamation, tous ces caractères lui impriment, selon nous, une physionomie bien à part. Nous retrouvons en somme dans ce fait toutes les allures des cas que nous avons étudiés récemment, M. le Dr Jacquet et moi, sous le nom de névrodermites circonscrites. La lésion de la paume des mains est peut-être pour certains dermatologistes une lésion digne du nom d'eczéma, en réalité c'est une névrodermite : elle n'a jamais suinté, est sèche, n'offre qu'une desquamation insensible, est très prurigineuse, et s'est développée symétriquement à la suite de chocs nerveux et de grattages incessants. Je dirais même qu'objectivement, quand on l'examine de fort près, elle diffère des eczémas vrais. En tous cas, ce qu'on ne pourra nier si on persiste quand même à vouloir en faire un eczéma, c'est qu'elle constitue un eczéma bien spécial.

Il en a été de même pour la lésion de la plante des pieds, lésion qui a disparu à l'heure actuelle, peut-être parce que les traumatismes exercés sur elle ont été moins fréquents.

La lésion plus éphémère du tronc et des hanches nous paraît avoir été de la même nature. Mais ce que celle-ci a présenté de plus particulier, ç'a été sa diffusion. Nous ne sommes pas ici en présence, comme dans nos névrodermites circonscrites, d'une plaque prurigineuse limitée : le prurit est diffus, et la lésion cutanée se calquant sur le prurit se diffuse également. D'ailleurs mêmes caractères, antériorité du prurit, grattages, puis peu à peu rougeur légère, hypertrophie papillaire simulant des éruptions d'eczéma sec, et dès que le prurit disparaît, disparition des phénomènes objectifs.

Certes, je conçois toute la répugnance que l'on peut avoir à faire des accidents palmaires que nous venons d'étudier des plaques de lichen simplex ou de névrodermite circonscrite; mais l'observation suivante permettra à ceux qui voudront bien nous suivre dans cette étude de mieux comprendre cette conception nouvelle de ces affections :

Le 28 avril 1891, notre excellent ami le Dr Lafage, de Neuilly, nous envoie une de ses malades, âgée de trente et un ans, concierge, qui présente depuis fort longtemps une éruption des plus rebelles. Cette malade était

déjà venue nous consulter l'année dernière : nous avions diagnostiqué un eczéma chronique de la paume de la main droite.

Elle est fort nerveuse, très impressionnable, très emportée ; il y a six ans, à la suite de la mort de son enfant, elle vit ses règles s'arrêter subitement, et elle commença à éprouver des démangeaisons à la paume de la main droite : elle se gratta : il survint peu à peu de la rougeur, puis la lésion actuelle. La main gauche est prise depuis deux mois seulement : il y a eu d'abord des démangeaisons violentes, puis des frottements, des grattages incessants, peu à peu l'éruption qui y existe en ce moment s'est développée.

La plaque de la main droite, celle qui date de six ans, est d'une rougeur terne, un peu pâle : elle est circonscrite, mais les bords n'en sont pas nettement arrêtés : elle occupe le creux même de la paume de la main entre les deux éminences thénar et hypothénar ; elle est sillonnée de fissures assez profondes et douloureuses : l'épiderme y est sec, corné, mais très peu épaissi : elle semble être sèche ; la malade dit qu'elle a été sèche pendant fort longtemps, mais qu'il y a parfois un peu de suintement. On dirait au premier abord que c'est une plaque d'eczéma circonscrit de la paume des mains, et cet aspect est si réel que l'année dernière tel a été mon diagnostic.

La lésion de la paume de la main gauche qui est récente est beaucoup moins étendue : elle occupe le même point central ; elle est très prurigineuse, et ressemble, elle aussi, à une plaque d'eczéma.

En somme, ces deux lésions sont assez analogues comme aspect, quoique plus eczématiformes, et identiques comme développement aux plaques palmaires de notre première observation.

Mais ce qu'il y a de remarquable, c'est que cette malade-ci présente aux aines deux plaques symétriques qui partent du pli de l'aine et qui s'étendent de là sur la partie supérieure des cuisses en figurant un segment de cercle. Elles ont un bord inférieur arrondi, assez nettement arrêté, faisant une certaine saillie sur les téguments voisins : le derme est épaissi à leur niveau ; elles sont d'un jaune brun clair, sont sillonnées d'un quadrillage très marqué, sont absolument sèches malgré leur localisation et l'ont toujours été, sont fort prurigineuses et datent d'environ deux ans. Elles ont tout à fait l'aspect des plaques typiques de lichen simplex chronique.

Depuis peu de temps la même malade porte enfin une petite plaque eczématiforme ovalaire à grand axe transversal sur la partie latérale gauche du cou, peu infiltrée, un peu pigmentée et fort prurigineuse.

En somme, chez cette malade on voit des lésions symétriques de la paume des mains, lésions analogues à celles de notre première malade, coïncider avec des plaques absolument caractéristiques de lichen simplex chronique. En dehors de toutes les autres considérations que nous avons émises, il est donc tout naturel de faire de ces diverses lésions une seule et même maladie.

Les deux faits précédents semblent donc prouver : 1° que le lichen simplex chronique peut exister aux faces palmaires des mains et

plantaires des pieds, et y simuler l'eczéma sec chronique; 2° qu'il peut coïncider avec des poussées de prurit fort étendu symétrique, lequel est suivi de lésions cutanées diffuses sèches, simulant l'eczéma sec, mais qui ne sont en réalité que des névrodermites diffuses à évolution relativement rapide.

D'ailleurs ces dernières lésions peuvent exister seules, sans lésion de névrodermite chronique circonscrite concomitante, comme le montre l'observation suivante :

Mme X..., âgée de cinquante-neuf ans, sans profession, vient me consulter au commencement d'avril 1891 à l'hospice de La Rochefoucauld. Voici les notes qu'a recueillies sur elle mon excellent interne et ami M. Matton.

Elle est extrêmement nerveuse et impressionnable, mais elle n'a jamais eu d'attaques de nerfs : elle a eu à plusieurs reprises des crises de coliques hépatiques : elle est depuis longtemps sujette à avoir des palpitations sans qu'il y ait au cœur la moindre lésion organique : les urines ne renferment ni sucre, ni albumine. Une de ses filles, âgée de trente-quatre ans, a eu une éruption prurigineuse que l'on a qualifiée d'eczéma et a été sujette pendant six ans à des crises de catalepsie : un de ses fils a eu du purpura pendant son enfance.

Mme X... vient de perdre son mari après une longue maladie. Il y avait déjà quatre ou cinq mois qu'elle se surmenait et qu'elle se levait plusieurs fois par nuit pour le soigner quand elle a été prise de l'affection pour laquelle elle vient à l'hôpital. Cette affection a débuté il y a trois mois par des démangeaisons des plus vives qui ont nécessité un grattage presque incessant. Pendant un mois entier, malgré ce grattage et les frottements de toute nature exercés par la malade, elle n'a vu aucune trace d'éruption. Au bout d'un mois il est d'abord survenu de la rougeur, puis en quelques jours s'est développée l'éruption qu'elle présente à l'heure actuelle, et qui a surtout pris de l'extension et de l'importance depuis un mois. Jamais il n'y a eu la moindre trace de suintement.

Au moment où nous l'observons pour la première fois, l'éruption occupe symétriquement les avant-bras, les jambes et surtout les cuisses.

Aux avant-bras ce sont les faces antérieure et externe qui sont prises. Il n'y a pas de plaques nettes : les lésions sont diffuses : elles sont caractérisées par de très fins éléments, de la largeur d'une petite tête d'épingle, ayant presque la coloration de la peau normale, assez rapprochés les uns des autres, à peine saillants, aplatis, lisses, brillants, surtout visibles à la lumière oblique et ayant ainsi l'aspect de facettes.

Aux jambes, l'éruption occupe les régions latérales externes; elle est encore plus rudimentaire qu'aux avant-bras.

La cuisse droite présente à sa face interne des sortes de plaques diffuses d'un rose légèrement jaunâtre très pâle, à peine pigmentées, au niveau desquelles le derme semble être un peu épaissi et donne au toucher une sensation assez marquée de rudesse et de sécheresse. Elles ne font aucune saillie sur les parties voisines, et n'ont pas de limites nettes. On voit à leur surface des sillons parallèles peu accentués disposés en deux séries qui

s'entre-croisent de manière à former des losanges; c'est une ébauche très évidente du quadrillage des éruptions lichénoïdes. Ces lésions se retrouvent moins marquées à la face externe de ce membre.

A la face interne et surtout à la face externe de la cuisse gauche on trouve une éruption analogue, mais plus développée. Les plaques, quoique toujours diffuses, à bords peu nets, y sont très visibles, ont de 7 à 8 centimètres d'étendue dans leur grand axe, font un très léger relief, présentent de l'épaississement de la peau, un quadrillage marqué et une fine desquamation furfuracée.

Tout autour des plaques sur les deux membres inférieurs se voit un semis d'éléments aplatis, brillants, d'une teinte rose jaunâtre à peine perceptible et ne faisant pour ainsi dire aucune saillie.

Comme traitement, nous prescrivons à la malade un régime sévère, la suppression du café et des aliments excitants : nous lui faisons prendre 2 grammes de bromure de potassium par jour, et appliquer sur les points atteints du glycérolé tartrique.

Le 27 avril, l'éruption des cuisses est fort améliorée; on voit cependant encore par places des vestiges de quadrillage, et, disséminées sur toute la face interne des cuisses, des sortes de petites papules aplaties, brillantes, ayant la teinte des téguments, et ressemblant à des éléments minuscules de lichen planus. La face externe des membres inférieurs n'est pas aussi bien; elle offre au premier abord l'aspect d'un eczéma sec. Il en est de même de la partie antérieure des avant-bras sur laquelle on n'avait pas appliqué de glycérolé tartrique. La malade se sent fort bien au point de vue général : les démangeaisons ont presque entièrement disparu, et l'impressionnabilité nerveuse est moindre. On supprime le bromure, et on continue les applications de glycérolé tartrique.

Le 8 mai, il n'y a pour ainsi dire plus rien de visible : nous nous contentons de conseiller à la malade de prendre un peu d'arséniate de soude.

L'histoire de l'éruption précédente est absolument identique à celle de la poussée aiguë de notre première malade. Même pathogénie, mêmes causes d'excitation et de dépression du système nerveux, même antériorité du prurit, mêmes caractères objectifs de l'éruption qui est diffuse, mais calquée sur les zones prurigineuses, qui est et qui reste toujours sèche, et qui présente aux points les plus atteints un léger épaississement des téguments et le quadrillage des états lichénoïdes. Nous avons pu observer chez cette malade avec la plus grande netteté cet état pseudo-papuleux brillant des téguments atteints rappelant les éléments initiaux minuscules du lichen plan qui constitue, d'après moi, avec une certaine rougeur, le début des lésions objectives de ces névrodermites. Je ferai remarquer de plus combien a été longue ici la phase prémonitoire de prurit. Elle a duré au moins un mois pendant lequel la malade s'est grattée sans voir survenir la moindre lésion de la peau. Son âge relativement avancé n'y est-il pas pour quelque chose? et n'est-ce pas

là un caractère qui rapproche quelque peu ce fait du prurit sénile?

Quoi qu'il en soit, les névrodermites aiguës dont nous venons de publier deux exemples, bien qu'elles aient des traits communs avec ce prurit sénile nous semblent s'en différencier par leur nature beaucoup moins rebelle, et surtout par la facilité avec laquelle les malades se lichénifient.

Pour me résumer, je dirai que les trois observations que je viens de relater me paraissent s'éclairer réciproquement.

Notre deuxième cas nous montre que des lésions de la paume des mains caractérisées par une rougeur pâle et terne, par de l'épaississement des téguments, par une prolifération modérée de l'épiderme qui prend un aspect légèrement corné et adhère fortement aux parties sous-jacentes, par des fissures douloureuses, et surtout par un prurit des plus intenses incessant ou revenant par accès, antérieur à la lésion cutanée, peuvent coïncider chez le même sujet avec des plaques typiques de lichen simplex chronique, et qu'il est dès lors logique de les distinguer des eczémas chroniques des mêmes régions et de les considérer comme des névrodermites circonscrites chroniques de la paume des mains.

Notre premier cas nous montre qu'une malade atteinte de ces névrodermites circonscrites chroniques de la paume des mains et de la plante des pieds peut, à l'occasion d'une violente secousse morale, être prise de démangeaisons symétriques diffuses du tronc et des membres, et voir se développer en ces régions, après traumatismes, une éruption sèche lichénoïde, simulant l'eczéma, qui doit être considérée comme une sorte de névrodermite diffuse à marche aiguë.

Notre troisième cas prouve enfin que ces névrodermites à marche aiguë peuvent se développer chez un malade, sans qu'il ait présenté antérieurement d'autre éruption, sans qu'il porte, en un point quelconque du corps, des placards de névrodermite circonscrite chronique.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 15 MAI. — PRÉSIDENCE DE M. LAILLER

Traitement du rhumatisme blennorrhagique par les mercuriaux.

M. JULLIEN. — A propos de la communication de M. Morel-Lavallée sur ce sujet (voir *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1891, p. 329), je tiens à faire part à la Société des résultats que j'ai obtenus il y a cinq ans par ce même traitement.

Systématiquement, me basant sur l'origine certainement infectieuse de ces accidents par le gonocoque ou par les pyogènes vulgaires, j'instituai ce traitement au moyen des injections sous-cutanées de bichlorure, suivant la méthode de Lewin.

Au cours d'une discussion sur la blennorrhagie à la Société des sciences médicales de Lyon, j'exposai mes idées sur la blennorrhagie considérée comme maladie infectieuse et je conclus ainsi : « C'est en m'appuyant sur cette manière de voir que j'ai conseillé et employé le traitement du rhumatisme blennorrhagique par les injections sous-cutanées de bichlorure d'hydrargyre, pratique dont je n'ai eu qu'à me louer. » Ces paroles, consignées dans les comptes-rendus de la Société suffiront, je pense, à établir à cet égard la priorité de mes études.

M. E. BESNIER. — Je ne fais que deux réserves à la communication de M. Jullien : la première, que les arthropathies blennorrhagiques éprouvent spontanément dans leur évolution des modifications rapides, qui rendent très difficile et délicate l'interprétation des procédés thérapeutiques.

La seconde, que d'après mon observation, c'est le *traitement local* qui a le plus d'importance dans la médication à opposer à ces arthropathies. Au premier rang, je place le traitement préconisé par mon savant collègue M. Just Championnière : applications de pointes de feu très multipliées, enveloppement immédiat dans l'emplâtre de Vigo, puis pansement ouaté.

M. DU CASTEL. — J'ai traité par les frictions mercurielles un malade de ce genre sans aucun résultat ; un autre de mes malades a été, au contraire, très amélioré par le même traitement ; mais, dans ce cas, l'arthrite était légère. La question me paraît donc encore douteuse.

Syphilis à évolution anormale.

M. DU CASTEL. — Je vous présente une malade atteinte de syphilis à évolution assez obscure. Cette femme, âgée de vingt-deux ans, est entrée à

l'hôpital pour de la vaginite et des ulcérations de la vulve et de l'anus, ayant tous les caractères de chancres simples en voie de cicatrisation. Peu après, elle fut prise dans le service d'une fièvre typhoïde, et, dans sa convalescence, elle contracta la gale. On la soumit à des frictions à l'onguent styrax. Quelques jours après, nous remarquons sur les deux bras des pustules d'ecthyma qui, rapidement, firent place à des ulcérations absolument chancriformes, rouge foncé, à base indurée, etc. ; il y en avait deux sur le bras gauche et quatre sur le bras droit. Quelques jours plus tard, des traînées de lymphangite douloureuse apparurent, avec un peu de tuméfaction des ganglions de l'aisselle. Trois semaines après, céphalée très vive ; enfin, au bout de huit jours, nous vîmes apparaître une roséole très nette.

L'interprétation de ce cas est difficile. S'agit-il ici d'une syphilis contractée antérieurement à l'entrée à l'hôpital, avec retard de l'évolution de la maladie sous l'influence de la fièvre typhoïde et éclosion ultérieure des accidents ? Ou bien sommes-nous en présence d'un cas de contagion hospitalière avec chancres multiples ? Ce qui est certain, c'est qu'à ces lésions, qu'elles soient *chancres* ou *chancriformes*, correspond chronologiquement l'évolution de cette syphilis.

M. Vidal. — Ce sont là pour moi des accidents secondaires, des papules ecthymateuses chancriformes, ce qu'on a appelé de l'ecthyma syphilitique, mais *non des chancres*. Puisque cette femme a eu la gale, on pourrait aussi se demander si ces lésions ne sont pas de l'ecthyma scabieux simple, ce que d'ailleurs je ne crois pas.

M. A. Fournier. — Contrairement à l'opinion de M. Vidal, je pense que ce sont bien des *chancres syphilitiques ;* j'ai vu cette femme, il y a quelques semaines : il n'existait pas alors les difficultés d'interprétations actuelles ; le diagnostic de chancre s'imposait, en présence de ces lésions planes, sans bords, d'un rouge musculaire superbe avec adénopathie axillaire évidente. L'évolution ultérieure que nous a rapportée M. Du Castel me semble le confirmer, puisque la roséole, un mois après, faisait son apparition. En somme, c'est le pendant du malade de mon service que M. Feulard a présenté récemment à la Société, et qui, entré à Saint-Louis pour de l'eczéma consécutif à un traitement de la gale, prit dans le service des chancres syphilitiques des avant-bras. Comme dans le cas de M. Du Castel, il s'agissait probablement d'une contagion hospitalière, dont les conditions sont, je l'avoue, difficiles à préciser.

M. E. Besnier. — Comme M. Vidal, je crois à des lésions secondaires modifiées par leur coïncidence avec la gale. Nous ne trouvons plus rien ici qui rappelle le chancre et, en revanche, nous pouvons constater tous les caractères de la plaque syphilitique cutanée de Bazin. A titre général on doit remarquer que la gale, au même titre que l'eczéma séborrhéique concomitant, peut altérer l'aspect des lésions de la syphilis et lesconstituer à l'état atypique.

M. Du Castel. — On perd un peu de vue, me semble-t-il, un des éléments importants de cette observation, à savoir : la fièvre typhoïde et l'influence qu'elle paraît avoir eue sur l'évolution de cette syphilis.

M. A. Fournier. — Les doutes que nos collègues ont émis ne me surprennent pas, en raison de l'aspect actuel des lésions ; mais je crois

pouvoir leur affirmer qu'ils n'en auraient eu aucun, s'ils avaient vu comme moi les ulcérations au début.

D'ailleurs, l'opinion de M. E. Besnier le force à admettre ici une inversion de la chronologie usuelle des accidents spécifiques, puisque la roséole aurait apparu postérieurement à des plaques cutanées, ce qui est rare. Aussi, m'appuyant sur l'aspect objectif antérieur, la chronologie parfaite, l'adénopathie axillaire, je crois pouvoir maintenir mon opinion.

M. Jullien. — L'influence retardante de la fièvre typhoïde, qu'admet M. Du Castel, ne me paraît pas contestable, en général tout au moins. C'est dans un cas de ce genre que j'ai pu voir apparaître un chancre quatre-vingt-dix jours après le coït infectant. D'autres exemples tout aussi frappants ne sont pas rares.

M. E. Besnier. — D'après le moulage qui a été pris sur cette malade, lors de la période d'état des lésions, nous ne pouvons porter, M. Hardy et moi, que le diagnostic : *ecthyma*.

Quant à la chronologie, je suis tout disposé à croire qu'elle a pu être altérée par la fièvre typhoïde et la gale.

Sur un cas de syphilides papuleuses en courbes concentriques et en cocarde.

M. Hallopeau. — Il est de règle que, dans les syphilides circinées ou polycycliques, des papules mères soient entourées de papules filles moins volumineuses et moins vivement colorées; alors même que l'éruption se développe primitivement en arcs de cercle parallèles, les arcs de cercle d'un même groupe n'apparaissent que successivement; les plus anciens ne font pas la même saillie et ne présentent pas la même coloration que les plus récents. Il en a été différemment chez la malade que je présente à la Société; les nombreux fragments de cercles qui se juxtaposent parallèlement pour constituer ses placards éruptifs, offrent tous les caractères identiques; il en est de même lorsque les papules se groupent concentriquement, pour constituer des cocardes dont une comprend quatre cercles. La dermatose ainsi constituée offre dans sa disposition de frappantes analogies avec certaines formes de lichen plan circiné; elle s'en distingue par les caractères des papules et l'absence de prurit intense. D'ailleurs, le traitement spécifique mis en usage commence à donner des résultats très appréciables.

M. Hardy. — Je doute de la nature syphilitique de cette éruption; la rougeur vive des éléments de la face me semble peu d'accord avec le diagnostic. J'admettrais plus volontiers un *érythème circiné*, en dépit des résultats du traitement.

Névrodermite chronique des régions palmaires et plantaires

Par M. L. Brocq (voir page 397).

Nouveau traitement de la pelade.

M. Moty. — Les malades que je vous présente ont été traités par des injections intradermiques de sublimé au $\frac{1}{500}$.

Voici comment je procède : je fais plusieurs injections autour de chaque plaque, chacune de cinq à six gouttes seulement. J'ai essayé divers véhicules ; ce sont les solutions aqueuses qui réussissent le mieux ; avec elles pas de nodosités à redouter.

Les résultats sont, comme vous pouvez voir, très satisfaisants ; la repousse est certainement plus rapide que par les autres modes de traitement.

M. E. Besnier. — J'emploierai très volontiers la méthode de M. Moty, mais je demande au préalable qu'il veuille bien choisir un certain nombre de malades *vierges de tout traitement*, nous les présenter avant l'application de son procédé et après cette application, ou bien encore qu'il prenne la peine de l'appliquer ici sur un certain nombre de nos malades.

Notre scepticisme en matière de pelade n'est que trop motivé, en raison de l'imprévu de l'évolution de la maladie. Je me rappelle une malade traitée dans mon service avec un complet insuccès pendant deux ans consécutifs. Je l'envoyai, en désespoir de cause, à M. Lailler, qui fit exactement le même traitement que moi, mais cette fois avec un succès rapide.

Iodisme cutané.

M. Feulard. — La malade que je vous présente avait été traitée en ville pour une gomme de la cuisse et avait pris, pendant une huitaine de jours, le traitement ioduré.

Quand elle est entrée à l'hôpital, elle présentait une éruption pemphigoïde de l'avant-bras et du poignet gauche, formée de bulles aplaties contenant un liquide gélatineux ; l'extrémité du lobule du nez était recouverte d'une croûte noirâtre au-dessous de laquelle la peau était exulcérée, et sur la joue droite existait une sorte de furoncle anthracoïde. L'examen de l'urine révéla la présence de l'iodure en quantité. La cessation du traitement amena rapidement l'amélioration, mais, comme vous pouvez le voir, maintenant apparaissent sur les cicatrices des bulles des végétations papillomateuses.

M. Hallopeau, en 1888 (voir *Ann. de Dermatologie*, p. 285), a relaté le cas d'un malade atteint de pemphigus végétant iodique dont se rapproche notre observation. Dans notre cas seulement les accidents ont été très limités et bénins ; pourquoi sur le poignet et l'avant-bras ont-ils pris une gravité plus grande ? Vraisemblablement parce que ces régions avaient été préalablement irritées par des frictions à l'alcool camphré faites peu de temps auparavant pour une gomme du poignet.

Anatomie pathologique de l'urticaire pigmentée

Par MM. Quinquaud et Nicolle (voir page 393).

Herpès menstruel de la région sacro-lombaire.

M. Laussedat. — L'éruption occupe une étendue de 10 centimètres carrés environ. Elle revient périodiquement tous les mois depuis cinq ans, sans interruption. Cependant elle a manqué, pendant trois mois consé-

cutifs, au cours d'une bronchite grippale. Cette observation est intéressante, en raison du siège inaccoutumé de l'herpes lié à la menstruation, de l'intégrité des muqueuses de la bouche et des muqueuses génitales. Il est rare de rencontrer une dermatose aussi étendue et aussi persistante d'origine herpétique.

M. A. Fournier. — Ce fait est exact; le plus fréquemment l'éruption est génitale et souvent très fruste et les malades s'en préoccupent à peine. Et ceci constitue un danger, car le jour où chez une femme habituée à voir revenir périodiquement cette petite lésion, il survient des localisations encore peu marquées de la syphilis, elle n'y prêtera aucune attention, et prendra une plaque muqueuse, par exemple, pour son « bouton de règles », comme me l'a dit une malade qui a ainsi contagionné son amant.

La séance est levée.

L. Jacquet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 27 février 1891

La curabilité de la maladie de Parrot (pseudo-paralysie syphilitique).

M. Comby. — J'ai observé, dans trois cas de pseudo-paralysie syphilitique, la guérison complète. Parrot avait porté, pour cette affection, un pronostic fatal parce qu'il observait, à l'hospice des Enfants-Assistés, dans un milieu où les enfants sont pour la plupart cachectiques et soumis à l'allaitement artificiel. La guérison est possible, à deux conditions : c'est que les enfants se trouvent dans de bonnes conditions d'hygiène et de santé générale, et que le traitement soit institué rapidement, c'est-à-dire que le diagnostic soit porté le plus tôt possible. Pour porter ce diagnostic, il n'est pas besoin que l'enfant présente d'autres manifestations syphilitiques, tant celle-ci est caractéristique.

M. Cadet de Gassicourt. — J'ai également vu la pseudo-paralysie syphilitique guérie rapidement et facilement. La gravité qui lui a été attribuée par Parrot tient à ce que Parrot n'observait que les cas types, ceux dans lesquels les signes de syphilis sont au complet, tandis que maintenant nous portons le diagnostic de très bonne heure, le plus souvent même sans que l'enfant ait aucune manifestation cutanée.

M. Sevestre. — Je crois également que la pseudo-paralysie syphilitique est une affection peu grave et que, pour la reconnaître, la présence de lésions cutanées d'origine syphilitique n'est pas indispensable.

Nouvelle autopsie de maladie de Morvan (syringomyélie).

M. Joffroy. — J'ai fait l'autopsie d'une malade atteinte de maladie de Morvan qui a servi de sujet à une leçon de M. Charcot sur ce sujet. J'ai

trouvé des lésions de syringomyélie. Cette autopsie, comme une précédente autopsie que j'ai faite avec M. Achard (voir *Annales de Dermatologie*, 1890, p. 831) montre donc que la maladie est une des formes cliniques de la syringomyélie.

M. Rendu. — Je viens d'observer un malade, qui après un séjour au Tonkin, a eu des troubles trophiques de la peau des pieds, de l'atrophie des muscles, de la main et de l'avant-bras, et qui présente en même temps la dissociation syringomyélique de la sensibilité. J'ai porté chez lui le diagnostic de syringomyélie.

M. Babinski. — J'ai eu l'occasion de voir le malade de M. Rendu ; il a en effet des troubles de la sensibilité analogues à ceux de la syringomyélie, mais il a de plus de la paralysie des muscles orbiculaires des yeux, de l'épaississement du nerf cubital, et M. Charcot qui a vu ce malade a porté, avec quelques réserves, le diagnostic de lèpre. Ce cas est important, parce qu'il montre dans la lèpre une dissociation de la sensibilité analogue à celle qu'on observe dans la syringomyélie.

SÉANCE DU 13 MARS 1891

Un cas de lèpre systématisée nerveuse avec troubles sensitifs se rapprochant de ceux de la syringomyélie.

M. G. Thibierge. — Voici le malade dont MM. Rendu et Babinski ont entretenu la Société le 27 février, Cet homme, chez lequel M. Leloir (voir *Annales de Dermatologie*, 1889, p. 947) a porté le diagnostic de lèpre il y a deux ans, présente en effet des troubles sensitifs (analgésie, thermo-anesthésie, conservation presque absolue de la sensibilité tactile aux pieds, aux jambes, aux mains et aux avant-bras) analogues à ceux de la syringomyélie; mais le siège des troubles trophiques aux membres inférieurs, le séjour antérieur au Tonkin, la paralysie des orbiculaires palpébraux, la tuméfaction nodulaire des nerfs cubitaux, permettent d'affirmer l'existence de la lèpre. Depuis que cet homme a été soigné par M. Leloir, qui lui a fait prendre de l'huile de chaulmoogra portée jusqu'à la dose de 210 gouttes par jour, l'étendue des zones anesthésiques des membres s'est réduite, et l'anesthésie qui occupait le pourtour des yeux a disparu. Les caractères des troubles sensitifs sont très importants ici et prouvent qu'ils ne peuvent servir à établir le diagnostic de la lèpre et de la syringomyélie, dans les cas embarrassants comme celui-ci.

M. Hallopeau. — J'ai vu ce malade et je le considère également comme un lépreux.

M. Joffroy. — Ce fait montre une fois de plus que la dissociation de la sensibilité n'est pas un signe pathognomonique de la syringomyélie.

Troubles trophiques cutanés dans l'hystérie.

M. Richardière. — Voici un homme de 29 ans, hystérique, atteint d'hémiplégie, d'hémianesthésie, avec anesthésie du pharynx, rétrécissement du champ visuel, qui, à la suite d'une attaque d'apoplexie hystérique, a

présenté de l'atrophie musculaire au niveau des deux mains et des troubles trophiques cutanés : ceux-ci consistent en bulles du diamètre d'une pièce de 20 centimes à celui d'une pièce de 1 franc, occupant la face palmaire de plusieurs doigts de chaque main; ces bulles se sont montrées peu après l'attaque d'apoplexie, en trois poussées successives; elles sont au début remplies d'une sérosité claire qui se résorbe en quelques jours; l'épiderme qui les recouvrait d'abord se racornit et reste en place, formant une surface dure, de couleur noirâtre. Ces troubles trophiques, qui ont évolué pendant le séjour à l'hôpital, se sont terminés par une altération absolument différente de celle qu'on observe à la suite d'un traumatisme, d'une brûlure en particulier : il ne semble pas douteux qu'il faille les rapporter à la névrose dont le malade est atteint et rejeter ici l'idée de simulation, qui se présente à l'esprit dans des cas analogues.

GEORGES THIBIERGE.

IVe CONGRÈS DES MÉDECINS RUSSES

TENU A MOSCOU DU 3 AU 10 (15 au 22) JANVIER 1891

(*Suite et fin*) (1).

SÉANCE DU 7 [19] JANVIER (2)

De la psorospermose de la peau, du molluscum cutané et de la maladie du mamelon de Paget.

N.-P. MANSOUROFF. — Après avoir rappelé que c'est DARIER qui, en 1889, a le premier attiré l'attention sur cette affection cutanée dénommée par lui *psorospermose*, le rapporteur communique une observation personnelle d'un cas de psorospermose. Il s'agit d'un homme chez lequel les symptômes morbides se sont déclarés dès l'âge de 9 ans. Petit à petit l'éruption (consistant en psorospermose et molluscum cutané combinés) s'étendit sur tout le tronc; elle se présenta sous forme d'une éruption papuleuse sèche et d'infiltrations brunâtres. Les traitements usités (excision des molluscums et cautérisation par l'azotate d'argent, grattage avec la cuillère de Volkmann) échouèrent complètement. Pas de phénomènes inflammatoires. Il y a un an, la face et le cou étaient, eux aussi, couverts de cette éruption que l'auteur prend pour la forme sèche de psorospermose, beaucoup plus rare que la forme humide. Dans tous les cas, elles ne diffèrent qu'anatomiquement; mais leur étiologie est la même. Dans les deux cas, le processus morbide est provoqué par les coccidies déposées dans les cellules épidermiques, d'où hypertrophie de cette couche, sa cornification et irri-

(1) Voir le numéro du 25 mars 1891.
(2) *Vratch*, 1891, n° 6, p. 184, et n° 7, p. 208.

tation de la couche cellulaire sous-cutanée. Il est encore impossible de déterminer exactement la porte d'entrée : probablement les coccidies pénètrent aussi bien de dehors en dedans (par la peau) que de dedans en dehors (par le sang). Très souvent les deux formes (sèche et humide) coexistent sur le même sujet. — L'auteur montre un tableau ancien qu'il a découvert par hasard et sur lequel est figurée une dermatose rappelant, à s'y méprendre, la psorospermose. — Les avis sont encore partagés en ce qui concerne la nature locale ou générale du molluscum. — Dans la maladie du mamelon de Paget, on constate, à l'aide du microscope, dans les ulcérations, des coccidies, des cellules en dégénérescence cancéreuse ou des cellules cancéreuses elles-mêmes. En général, tout cancer superficiel du mamelon doit faire soupçonner la présence des coccidies. L'avenir seul amènera la solution de ces questions encore à l'étude. — L'auteur se résume de la façon suivante : 1° La psorospermose de la peau, le molluscum et la maladie du mamelon de Paget sont étiologiquement une même affection. 2° La différence de forme dépend seulement de la diversité des coccidies pathogènes. 3° Étant des maladies locales, elles cèdent ordinairement à un traitement local. 4° L'infection par les coccidies a lieu dans la plupart des cas par l'intermédiaire des animaux.

Du rôle des coccidies dans les affections de la peau.

POSPELOF. — Le rôle étiologique des sporozoées n'a été reconnu que dans ces dernières années aussi bien à l'étranger (BOLLINGER, NEISSER et surtout DARIER et WICKHAM) qu'en Russie (K.-E. LINDEMANN et KNOCH). Des cinq classes des sporozoées, ce sont les coccidies qui présentent le plus grand intérêt pour les dermatologistes. Le molluscum contagiosum, la maladie du mamelon de Paget et la psorospermose généralisée de la peau sont tous dus à la présence des coccidies. WICKHAM les a même trouvées dans un cas d'ulcère phagédénique. — L'auteur décrit ensuite en détail le tableau clinique de la maladie de Paget et les méthodes employées pour les recherches des coccidies. Nous croyons superflu d'insister sur ces questions bien connues des lecteurs des *Annales*, l'auteur se bornant à résumer l'état actuel de la science sur cette question et n'ajoutant rien d'original. En fin de compte, il se rallie à l'opinion de DARIER qui explique la diversité des formes cliniques par les différences biologiques des coccidies, d'où résulte leur action variable sur les tissus humains.

V. M. TARNOVSKY. — Il a actuellement en traitement un malade atteint de psorospermose du gland en tout comparable à la maladie de Paget. Le malade étant syphilitique, cette affection était considérée d'origine spécifique. Outre la douleur éprouvée par le malade, on constate de l'induration et des ulcérations; pas de cancer.

Rapport présenté par la Société russe de dermatologie et de syphiligraphie sur les mesures préventives contre l'infection des enfants par les nourrices et vice versa.

P.-M. HERZENSTEIN, rapporteur. — Conformément au désir exprimé

par le troisième congrès des médecins russes en 1889, la commission, composée de Mme Eltsina, Pétersen, Tchistiakoff et Herzenstein, s'est de nouveau occupée de cette question et a rédigé un second rapport. Elle maintient sa première manière de voir en déniant à l'État le droit d'immixtion dans les contrats entre particuliers et nourrices, mais lui impose la réglementation des institutions spécialement consacrées au placement des nourrices. Ces bureaux, ayant surtout en vue un placement lucratif des fonds nécessaires à leur installation, prêtent peu d'attention au côté sanitaire et social de la question et ruinent très souvent la santé des nourrices et des enfants. Il ne faut non plus perdre de vue que ces bureaux ne se contentent pas du placement des nourrices, mais leur donnent encore à allaiter sur lieu des enfants dont les antécédents héréditaires et personnels sont dans la plupart des cas complètement inconnus. Il arrive assez souvent que des nourrices infectées dans les bureaux mêmes vont porter ensuite la maladie dans leurs intérieurs ou dans les maisons où elles se placent par l'intermédiaire de ces bureaux. La commission est donc d'avis d'interdire absolument aux bureaux de placement l'élevage des enfants sur lieux et accepterait avec reconnaissance toute indication des mesures pratiques qui aideraient à faire passer dans l'usage cette séparation indispensable. En tout cas, les médecins devraient insister auprès des mères sur la nécessité d'allaiter elles-mêmes leurs enfants toutes les fois qu'il est impossible de se procurer une nourrice dont la santé ne laisse rien à désirer. Ce n'est que dans les cas exceptionnels que l'on peut s'adresser aux bureaux, et encore faut-il se rappeler toujours que, vu leur règlement actuel, ils sont incapables de garantir l'innocuité des nourrices recommandées par eux. — Afin de les mettre mieux à l'abri de toute cause d'infection, la commission propose pour les bureaux de nourrices le règlement suivant :

§ 1er. — Les bureaux ne seront ouverts qu'avec l'autorisation du département médical au ministère de l'intérieur et après avis favorable des médecins inspecteurs.

§ 2. — Les bureaux de nourrices ne peuvent être fondés et dirigés que par des personnes ayant le droit d'exercer la médecine en Russie.

Remarque. — Les bureaux ouverts par les institutions de bienfaisance ou des sociétés publiques seront soumis au même règlement que les bureaux dirigés par des particuliers.

§ 3. — Le directeur des bureaux est seul responsable devant la loi de leur fonctionnement régulier.

§ 4. — Au conseil médical local incombe le devoir de surveiller le fonctionnement des bureaux.

§ 5. — Chaque bureau possèdera la liste complète et exacte de toutes les nourrices recommandées par lui.

Remarque. — L'inspection médicale leur fournira dans ce but un registre dûment légalisé.

§ 6. — Toute femme se présentant au bureau en qualité de nourrice sera soumise par le médecin à un examen médical minutieux en vue de s'assurer de son état général, de l'absence de toute affection syphilitique ou tuberculeuse et de la qualité de son lait.

Remarque. — La femme se présente-t-elle accompagnée de son enfant, ce dernier subira, lui aussi, le même examen attentif.

§ 7. — Ne seront pas enregistrées les femmes dont l'état de santé n'est pas satisfaisant : sous aucun prétexte, elles ne seront recommandées comme nourrices.

§ 8. — Avant d'examiner une femme qui désire remplir les fonctions de nourrice, le directeur du bureau s'informera : 1) de son identité, 2) de son âge, 3) de l'époque de son dernier accouchement. — A cette fin, le bureau réclamera des pièces justificatives à la nourrice elle-même, ou s'adressera, pour les obtenir, aux administrations compétentes.

§ 9. — Tous les renseignements puisés aux pièces ou obtenus des administrations compétentes seront consignés au registre susmentionné.

§ 10. — La personne qui prend une nourrice recevra un certificat dans lequel seront notés le numéro d'enregistrement de la femme, ses nom et prénoms avec tous les détails susindiqués. Le certificat portera la signature du médecin-directeur du bureau.

§ 11. — En partant pour son service, la nourrice sera munie d'un livret sanitaire auquel peuvent être annexés le texte de toutes les lois existantes sur l'engagement personnel et des instructions populaires concernant l'hygiène et les soins à donner aux enfants.

§ 12. — La surveillance des bureaux s'effectuera à l'aide de visites inattendues et aura pour objet l'examen des nourrices, la régularité des inscriptions sur le registre, etc. — Les irrégularités constatées seront communiquées au conseil médical qui, après avoir fait une enquête sur place, en référera au département médical au ministère de l'intérieur.

Les administrations gouvernementales et les institutions privées pourraient de leur côté favoriser le placement des nourrices saines en ouvrant des bureaux auprès des maternités gouvernementales et privées. Ces bureaux seront aussi soumis au règlement ci-dessus énoncé.

Passant ensuite à l'étude des mesures à prendre pour prévenir l'infection des nourrices par les enfants confiés à leurs soins, la commission reconnaît que ces dangers présentent beaucoup plus d'importance au point de vue social, mais que malheureusement il lui est impossible d'indiquer le moyen d'empêcher l'infection dans des maisons particulières ou d'édicter des mesures correspondantes. On pourrait peut-être diminuer ce danger en obligeant les bureaux de nourrices à faire examiner préalablement la famille des enfants et les nourrissons; mais il est très douteux que cette prescription soit suivie en pratique. Tout ce que nous sommes en droit d'espérer, c'est que, au fur et à mesure que la société apprendra à apprécier davantage la valeur d'un bon état de santé et que se répandront les notions exactes sur l'élevage des enfants à l'aide de lait stérilisé, des faits semblables deviendront de plus en plus rares. — Mais ces cas d'infection, rares dans la pratique privée, se rencontrent souvent dans les asiles pour les enfants, dans les hospices des enfants assistés, etc., en un mot, toutes les fois que les enfants sont allaités en masse dans des institutions spéciales. Le rapporteur rappelle plusieurs cas personnels où il avait à traiter des femmes infectées dans les asiles d'enfants.

Il ajoute que, grâce aux découvertes récentes de la bactériologie, l'éle-

vage des enfants doit être modifié de fond en comble; d'après la commission, le procédé de Soxhlet nous met en état de nourrir artificiellement les enfants à l'aide du lait stérilisé; cette méthode est surtout à recommander dans les grandes villes où la demande de nourrices est toujours supérieure à l'offre : il faut donc tâcher d'installer le plus grand nombre possible de colonies où les enfants pourraient être élevés, sous la surveillance d'un médecin, à l'aide de lait stérilisé.

En attendant, la commission soumet au vote les conclusions suivantes :

1° Dans tous les cas d'élevage d'enfants en grand nombre, les nourrices bien portantes ne doivent nourrir que des enfants incontestablement exempts de toute maladie infectieuse.

2° Les enfants syphilitiques ne doivent être allaités que par des nourrices syphilitiques ou élevés artificiellement au lait stérilisé.

3° L'élevage artificiel temporaire est obligatoire pour tous les enfants chez lesquels on soupçonne une affection infectieuse.

N.-Th. Mikhaïloff. — Il confirme pleinement la fréquence beaucoup plus grande du danger d'infection des nourrices par les nourrissons confiés à elle par les hospices que de ces derniers par les nourrices. C'est ainsi que pendant trois ans environ (1884-1886) lui-même et d'autres médecins du gouvernement de Moscou ont observé 136 cas d'infection des nourrices par des enfants syphilitiques sur 14 cas seulement de transmission de la syphilis par les nourrices à des enfants bien portants. Il résulte des renseignements fournis par des médecins des zemstvos de quelques autres gouvernements, que partout ailleurs les infections par les nourrissons l'emportent dans une proportion énorme sur celles par les nourrices (105 cas des premières sur 20 cas des secondes).

V.-M. Tarnovsky. — Les hospices des enfants assistés non seulement n'empêchent pas la mortalité si élevée des enfants trouvés, mais encore ils contribuent à l'expansion de la syphilis et à l'infection des femmes bien portantes et, par leur intermédiaire, de leurs familles respectives : il faut donc insister sur la nécessité de réformer complètement la réglementation de ces hospices. Il est d'avis que la commission devrait aussi proposer le paiement d'une indemnité aux femmes infectées par les hospices, ou les personnes privées au service desquelles les nourrices ont été contaminées. Le droit aux indemnités (allant souvent en France jusqu'à 20 000 et 30 000 fr.) aurait comme conséquence que l'administration des hospices, craignant des frais considérables en cas de condamnation, n'exposerait plus les femmes à l'infection d'un cœur si léger.

G.-M. Herzenstein. — La commission s'est prononcée contre les indemnités en cas d'infection, ce droit inscrit dans le code russe étant resté jusqu'à présent lettre morte. De même aussi en France et en Autriche, les procès de cette nature sont très rares. Dans la plupart des cas, les femmes infectées sont renvoyées des hospices sans traitement préalable. Il faut donc en finir une fois pour toutes avec la question des nourrices, la science nous donnant le moyen d'élever les enfants au lait stérilisé sans les exposer à une mortalité plus élevée que les enfants nourris au sein.

A.-G. Gay. — Ce ne sont pas les règlements proposés par la commission qui frisent trop le bureaucratisme qui pourront nous aider à résoudre

cette question si grave de l'infection des enfants par les nourrices et *vice versa* : ce qu'il faut, c'est que le public soit mis mieux au courant de la gravité de la syphilis et des dangers qu'il court et qu'il fait courir en prenant des nourrices sans l'avis préalable du médecin. — Il voudrait aussi que dans les registres des bureaux fussent inscrites toutes les nourrices bien portantes aussi bien qu'infectées ; dans ce dernier cas doivent être consignés en détail tous les symptômes morbides spécifiques que présente la malade. — Il s'élève aussi contre les conclusions de la commission d'après lesquelles les enfants bien portants seuls peuvent être nourris au sein. Mais est-ce qu'il est possible, dans tous les cas, de se prononcer catégoriquement sur l'absence de tout danger? D'abord les enfants dans la période d'incubation, ensuite la difficulté de découvrir chez eux le chancre induré : il faudrait donc attendre de un à trois mois avant d'être en état de les faire élever au sein sans danger aucun pour les nourrices. Il est d'avis de défendre absolument aux hospices l'allaitement par des nourrices et de prescrire toujours le lait stérilisé. Il croit que cette nourriture non seulement ne fera pas monter la mortalité des nourrissons, mais probablement l'abaissera encore davantage. D'autre part, en empêchant l'infection des paysannes par les enfants assistés, nous enrayons du même coup la propagation de la syphilis dans les villages; de plus, cette mesure permettra aux enfants des paysans d'être allaités au sein par leurs mères, ce qui diminuera considérablement la mortalité énorme des petits à la campagne.

G.-M. Herzenstein. — La commission s'est arrêtée à une réglementation législative vu que le congrès lui a proposé d'élaborer un projet de règlement des bureaux de nourrices ; mais en tout cas le reproche de bureaucratisme est injuste ; que l'on propose quelque chose de mieux et la commission acceptera avec reconnaissance. Elle n'oublie pas que l'infection des nourrices par les enfants est une calamité publique. Mais néanmoins elle se refuse absolument à admettre l'inscription au registre des femmes atteintes de syphilis : elle est même prête à laisser tomber tous les autres paragraphes proposés par elle, mais elle tient absolument à celui-ci. Les malades ne sont pas seulement des chiffres inanimés, elles ont leur honneur et leur bonne renommée qu'il faut garder à tout prix. Du moment qu'elles seront enregistrées, n'importe qui pourra prendre connaissance de leur état de santé. Or, ceci doit être évité. Les bureaux doivent être obligés de ne recommander comme nourrices que des femmes bien portantes, mais d'aucune manière ils n'ont le droit d'inscrire au registre, en regard d'une candidate quelconque : « atteinte de syphilis. » — Il suffira toujours, dans les cas suspects, de nourrir au biberon l'enfant pendant deux à trois mois et ensuite on pourra résoudre en connaissance de cause le mode d'élevage subséquent (biberon, nourrice syphilitique ou bien portante). Mais, dans la plupart des cas (enfants dont les mères ont accouché dans les maternités), on connaît bien les antécédents héréditaires et personnels du nouveau-né, ce qui permet d'instituer dès le début le mode d'élevage approprié.

A.-G. Gay. — L'inscription des femmes malades ne va nullement à l'encontre du secret médical. Il va sans dire que les personnes étrangères

n'auront pas le droit de consulter le registre. L'inscription de ces femmes affectées est très importante pour le médecin. Non inscrites, elles pourront revenir dans quelques mois et le médecin, les ayant déjà perdues de mémoire et ne trouvant sur elles, à l'examen, aucun phénomène spécifique, les déclarera aptes à prendre des nourrissons : or il arrivera assez souvent que les accidents syphilitiques éclateront dans un laps de temps plus ou moins rapproché : on voit donc l'impasse dans laquelle s'engagera le médecin du moment où il ne fera pas mention au registre des femmes malades.

V.-M. Tarnovsky. — La proposition radicale de A.-G. Gay de proscrire complètement dans les hospices l'élevage au sein et d'avoir recours exclusivement au lait stérilisé a peu de chances de passer dans la pratique. Il faut donc se rallier plutôt au compromis proposé par Herzenstein : le lait stérilisé rendu obligatoire seulement pour les enfants syphilitiques ou suspects. Grâce à son caractère transactionnel, cette mesure sera plus vite appliquée dans la vie courante.

Berkoff. — Il rapporte un fait personnel qui démontre le danger d'inscrire les syphilitiques dans un registre. Il s'agit d'un jeune homme atteint de syphilis ayant refusé de faire connaître le nom de la femme qui l'a infectée. L'auteur, ayant appris que cette femme vit dans le même village que le jeune homme, s'adresse à la police locale pour demander son internement à l'hôpital. Or, cette femme étant la fille adoptive du régisseur des biens situés dans le village, le jeune homme inculpé de diffamation est condamné par le juge de paix à un mois de prison. Il est vrai que, sur son appel, il fut acquitté; mais tout de même, à partir de ce temps, on ne demande plus dans les hôpitaux du zemstvo de Poltava le nom des personnes causes de l'infection, malgré une loi formelle dans ce sens.

Tarnovsky. — Pour que les mesures proposées soient efficaces, elles doivent présenter un caractère général et non spécial. Il vaudrait mieux les discuter dans la section d'hygiène et de médecine publiques.

Contrairement à cet avis, la section, considérant la question d'élevage des enfants suffisamment éclaircie par les débats, vote par aclamation les résolutions suivantes :

1° Il est à désirer que les enfants soient nourris de préférence artificiellement au lait stérilisé ;

2° Les nourrices bien portantes peuvent sans danger aucun être admises à élever au sein des enfants qui ne sont affectés d'aucune maladie infectieuse.

Contribution au traitement de l'uréthrite antérieure.

Liantse. — Il conteste l'opinion admise généralement d'après laquelle les infections intra-uréthrales ne pénètrent jamais au delà du bulbe par suite de la contraction du muscle compresseur : il arrive assez souvent que l'injection pénètre même dans la vessie. A l'appui de cette affirmation, il rapporte deux cas personnels où il s'est assuré de ce fait par l'examen endoscopique; de plus, dans la plupart des cas, le liquide s'écoule de l'urèthre en quantité inférieure à celle injectée : donc une partie a forcé la

barrière musculaire et est restée dans la vessie. On comprend que de cette manière la blennorrhagie puisse se propager, à l'aide des injections intra-uréthrales intempestives, de la portion antérieure (fosse naviculaire) à la portion membraneuse et prostatique. Chez un de ses malades, l'injection de l'émulsion de Ricord fut suivie le lendemain d'une uréthrite blennorrhagique postérieure. Parfois l'incubation dure de 3 à 5 jours. Le danger est surtout imminent dans la période aiguë de l'uréthrite blennorrhagique. — Pour mettre les malades sûrement à l'abri de cette cause d'auto-infection, les injections ne doivent jamais dépasser 6-8 grammes (1/2 de seringue) et il faut comprimer avec la main l'urèthre à la partie moyenne de la portion pendante ; en outre, il est important d'assurer l'écoulement facile du liquide injecté.

V.-M. Tarnovsky. — S'il est vrai que théoriquement les injections intra-uréthrales, dans la blennorrhagie, pourraient contribuer à la propagation de l'infection à l'urèthre postérieur, dans la pratique on ne rencontre jamais de faits semblables. L'effet nocif des injections dans la période aiguë dépend exclusivement de leur concentration; les préparations peu actives n'irritent jamais l'urèthre et n'activent pas l'inflammation. — Il doute fortement qu'il existe une période d'incubation dans l'uréthrite blennorrhagique.

Liantse. — Il a fait sa communication pour prémunir contre le danger des injections intempestives prescrites à tort et à travers dès que se montre l'écoulement le plus insignifiant. Il arrive même assez souvent que les malades se traitent de leur propre autorité par des injections qui sont surtout à redouter dans la période aiguë. — Avec la plupart des auteurs modernes, il admet la période d'incubation dans la blennorrhagie, les accidents n'éclatant parfois que plusieurs jours après l'infection présumée.

V.-M. Tarnovsky. — Langlebert, partant du même point de vue que Liantse, a proposé la seringue à jet récurrent; mais la pratique l'a rejetée comme trop incommode.

O.-V. Petersen. — Il est d'avis qu'il vaudrait mieux traiter l'uréthrite blennorrhagique dès le premier jour; mais malheureusement les malades ne viennent nous consulter que le huitième ou dixième jour après avoir subi des traitements plus ou moins bizarres.

SÉANCE DU 9 [21] JANVIER (1)

Lupus et lymphe de Koch.

Chtchépotieff. — Il présente un homme de 29 ans atteint d'un lupus très étendu (peau de toute la face antérieure de la cuisse gauche, de la moitié gauche de l'abdomen, la joue droite et tout autour de la bouche et du nez) datant de 7 ans et rebelle à tout traitement. Le grattage étant rendu impraticable à cause de la trop grande étendue occupée par l'affection, l'auteur se propose de le soumettre aux injections de la lymphe de Koch.

Ostry. — Il déconseille le traitement de Koch dans ce cas, à cause de

(1) *Vratch*, 1891, nº 7, p. 206 et *Méditsinskoé Obozriénié*, XXXV, 1891, nº 2, p. 168.

sa trop grande extension : les parties affectées se nécroseraient après les injections et se résorberaient.

A.-G. Gay. — Dans aucun des cas de lupus traités par la lymphe de Koch, il n'a observé de nécrose, mais seulement des phénomènes inflammatoires (rougeurs des parties affectées, exsudation abondante, puis chute des croûtes et pâleur consécutives).

Pospieloff. — La lymphe de Koch est d'autant plus indiquée dans ce cas que l'examen microscopique a démontré dans les portions de peau excisée la présence des bacilles pathogènes.

V.-M.Tarnovsky. — S'appuyant sur 8 cas personnels de lupus traités d'après le procédé de Koch, il est en état de confirmer l'absence de toute nécrose à la suite des injections. Le microscope ayant démontré la présence des bacilles tuberculeux et des cellules géantes, il ne peut que conseiller les injections de la lymphe de Koch.

Contribution à l'étude des syphilides pigmentaires (leucoderma syphiliticum).

Fiveïsky. — Sur le conseil du professeur Pospieloff, il a étudié tous les cas de syphilides pigmentaires observés par lui dans ces dernières années à la section des prostituées de l'hôpital Miasnitzkaïa. Conclusions : 1° Les syphilides pigmentaires se montrent dans la période secondaire et occupent de préférence le cou et parfois d'autres parties du corps, à l'exception de la face, du cuir chevelu, de la face interne des mamelons, de la région fessière, de l'avant-bras, du poignet, de la jambe et de la plante du pied qui restent toujours intact. 2° Le leucoderma, sous sa forme type, est toujours spécifique. 3° Parfois le leucoderma coexiste avec des gommes. 4° Les syphilides pigmentaires occupant ordinairement une région bien en vue (cou), leur diagnostic étant très facile et leur durée de plusieurs années, on peut les considérer comme un des meilleurs signes de la période secondaire. 5° Les syphilides pigmentaires sont dans la période secondaire plus fréquentes chez la femme (49 p. 100) que chez l'homme (28 p. 100); mais les formes généralisées sont plus fréquentes chez l'homme (50 p. 100 de tous les cas) que chez la femme (20 p. 100). 6° Les syphilides pigmentaires se sont montrées dans 40 p. 100 le troisième mois, le quatrième mois dans 20 p. 100, le cinquième mois 20 p. 100 et pour les 20 p. 100 restants dans la deuxième moitié de la première année de la maladie. 7° Les syphilides pigmentaires persistent ordinairement pendant un à sept ans; elles disparaissent, en proportions presque identiques, pendant la deuxième, troisième, quatrième et cinquième années après l'infection. 8° Le mercure et l'iodure n'influencent pas d'une manière sensible les syphilides pigmentaires. Mais en revanche elles ne sont bien accusées que dans le cas où le traitement mercuriel n'a pas été appliqué du tout ou seulement d'une façon insuffisante. 9° Plus est tardive l'apparition des syphilides pigmentaires, moins elles sont accusées. 10° On peut décrire trois formes de syphilides pigmentaires : marmoréenne, tachetée et rétiforme.

A.-G. Say. — Il rapporte un cas de syphilides pigmentaires ayant apparu sur la face dorsale des doigts 4 ans après l'infection.

Pospieloff. — Les syphilides pigmentaires seraient plus importantes pour le diagnostic de la syphilis que les ganglions tuméfiés eux-mêmes.

Sur les mesures à prendre contre l'extension de la syphilis.

N.-S. Speransky. — Dans ces derniers temps, on s'est assuré que la syphilis n'est pas du tout une maladie des libertins et que les infections extra-génitales sont loin d'être une rareté. D'après les renseignements fournis par plusieurs médecins des zemstvos, 80-90 p.100 de tous les syphilitiques dans les campagnes sont atteints de syphilis extra-génitale. Mais même dans les grandes villes la proportion des affections extra-génitales est assez considérable. C'est ainsi que, à l'hôpital Miasnitskaïa (de Moscou), il y avait parmi les hommes syphilitiques, 34 cas d'infection extra-génitale en 1888 (sur 712 ou 4 0/0, 78), 31 en 1889 (sur 451 ou 6 0/0, 87) et en 1890 33 (sur 482 ou 6 0/0, 88). Parmi les femmes il y avait, en 1888, 47 cas d'infection extra-génitale (sur 530 ou 8 0/0, 86), 64 en 1889 (sur 510 ou 12 0/0, 15) et 104 en 1890 (sur 573 ou 18 0/0, 15). 70 p.100 environ des syphilitiques traités à cet hôpital étaient des ouvriers et des artisans : c'est aussi parmi eux que l'on rencontre le plus grand nombre des cas d'infection extra-génitale. Il n'est pas rare que la syphilis soit transmise par les domestiques à leurs maîtres; dans la littérature, on trouve même des cas d'épidémies occupant des maisons entières ou des ateliers. Jusqu'à présent ce sont les médecins de la Préfecture qui sont chargés de l'examen des syphilitiques et de l'édiction des mesures à prendre pour combattre la propagation de la maladie. Mais, d'une part, ils sont trop occupés ailleurs pour pouvoir consacrer beaucoup de temps à cette partie de leurs fonctions; d'autre part, les hôpitaux appartenant dans la plupart des cas à la municipalité et les grandes villes et les ateliers présentant les foyers d'infection d'où la maladie rayonne dans les campagnes, l'auteur propose de charger les médecins municipaux de l'examen des syphilitiques, de l'inspection des usines et des ateliers et de la réglementation des mesures préventives et pour enrayer la marche de l'affection. Il faudrait aussi instituer un bureau sanitaire municipal dans lequel seraient concentrés tous les renseignements statistiques sur la propagation de la syphilis et sur les conditions locales favorables à son extension. La syphilis extra-génitale étant très fréquente dans les ateliers et les usines, ces bureaux élaboreraient des instructions détaillées à ce sujet, surveilleraient l'application de ces prescriptions dans les ateliers et les usines, examineraient les ouvriers au point de vue de la syphilis et leur délivreraient des certificats sur l'état de leur santé.

Les propositions de l'auteur sont votées sans discussion.

Des mesures à prendre contre l'extension des affections vénériennes.

J.-F. Lazareff. — Il préférerait l'examen secret à l'examen officiel. L'examen et le traitement des prostituées devraient être gratuits et dans chaque hôpital doit se trouver un lit spécialement affecté aux femmes qui ont intérêt à accoucher en secret : de cette manière on s'opposerait efficacement

à la perpétration d'un grand nombre d'avortements et d'assassinats de nouveau-nés. En somme, il serait nécessaire de montrer plus de compassion envers ces êtres infortunés mis par la loi hors la société. Deux visites, par semaine, sont insuffisantes pour prévenir toute infection : les prostituées devraient être autorisées à se présenter à la visite autant de fois qu'elles en sentent le besoin. Il serait aussi utile d'obliger les maîtresses des maisons de tolérance et les prostituées elles-mêmes à soumettre les hommes à un examen approprié (*sic*) et à leur proposer après le coït des substances antiseptiques quelconques (solution de sublimé, etc.).

V.-M. Tarnovsky. — A l'hôpital Kalinkovskaïa (à Saint-Pétersbourg), le traitement des prostituées est gratuit.

Proujansky. — Même dans les hôpitaux où on les traite aux frais des zemstvos, les prostituées ne se présentent jamais à la visite qu'astreintes par la loi. De leur propre initiative, elles n'y viendraient pas du tout.

Lazareff. — On y parviendrait tout de même si l'on répandait davantage parmi elles des notions concernant le danger de la syphilis et les mesures préventives contre sa propagation.

Chtcherbakoff. — Pour enrayer l'extension de la syphilis, il faudrait, outre les prostituées, tâcher encore d'assainir deux autres foyers de syphilis : les domestiques et les hommes vagabonds et sans métier défini, si souvent affectés de ce mal.

V.-M. Tarnovsky. — Il est du même avis que l'orateur précédent sur la nécessité de soumettre, à la Préfecture, tous les hommes sans métier déterminé à un examen approfondi. Sous ce rapport, il n'y a pas de différence à établir entre hommes et femmes.

Présentation d'un cas de sclérodermie; de la pathogénie de cette affection.

L.-N. Mourzine. — Il s'agit d'une prostituée syphilitique dont la peau de l'abdomen, sur une petite étendue, est en partie infiltrée et par places atrophiée et plus foncée que la peau normale ; l'infiltrat se présente sous forme d'une tumeur aplatie, à limites peu tranchées. Les réflexes sont normaux ; la sensibilité cutanée, normale dans les parties atrophiées, est diminuée dans les portions infiltrées ; absence de sueur après l'injection de pilocarpine. Les parties affectées sont dures au toucher, parcheminées ; la peau qui les recouvre ne se plisse pas. — La sclérodermie est très rare ; pendant cinq ans qu'il a passés à l'hôpital Miasnitzkaïa, il n'en a rencontré que deux cas ; sur 1 000 cas d'affections cutanées on ne trouve qu'un seul cas de sclérodermie. La pathogénie et l'étiologie de la sclérodermie sont tout à fait inconnues.

Mansouroff. — Il rapporte deux cas de sclérodermie développés à la suite de suppurations profuses. Dans les deux cas, l'électricité, les toniques et les bains chauds de Iéleznovodsk ont donné de bons résultats. La sclérodermie ne présente aucun phénomène qui lui appartiennent en propre : les nombreuses théories proposées pour l'explication de cette affection témoignent de l'ignorance absolue dans laquelle nous nous trouvons quant à son étiologie et à sa pathogénie.

Rossolymo. — Ayant hypnotisé la malade, il s'est assuré que l'anesthésie chez elle n'est pas d'origine hystérique, mais dépend bel et bien de la pression exercée par l'infiltration sur les terminaisons des nerfs cutanés. Les trophonévroses hystériques en général sont encore sujettes à caution. La coexistence des troubles cutanés avec des phénomènes nerveux, la symétrie des lésions et leur distribution le long des troncs nerveux ne plaident pas toujours en faveur du système nerveux comme cause de l'affection : on pourrait supposer avec plus de raison que les troubles cutanés et les lésions nerveuses relèvent tous les deux d'une seule et même cause, à savoir, l'asthénie dégénérative générale du sujet, l'affaiblissement du système nerveux et de tous les autres tissus de l'organisme.

V.-M. Tarnovsky. — Il se rallie pleinement à l'opinion de Rossolymo que les troubles cutanés et les lésions nerveuses sont attribuables tous les deux à la même cause générale.

A. Zaguelmann.

REVUE DES PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

La Dermatologie à Londres, par Török.

Le docteur Török, le dermatologiste bien connu, a adressé de Londres, aux *Monatshefte f. prakt. Dermatologie* (t. XI, p. 497), une lettre dont nous croyons devoir résumer les principaux passages; nous pensons qu'ils seront lus avec intérêt par les lecteurs des *Annales*.

Quelqu'un a dit que les cas rares se rencontrent partout, mais qu'à Vienne ils étaient fréquents. On peut en dire autant de Londres, on peut même ajouter que là aussi il n'est pas très rare d'observer des cas pour lesquels on trouve difficilement un terme convenable dans les autres grands centres dermatologiques.

Une des scènes les mieux réussies des discussions de la section dermatologique du Congrès international de Berlin fut celle où J. Hutchinson fit circuler un certain nombre d'illustrations de maladies de la peau qu'il avait observées, dont il n'avait pu faire le diagnostic et sur lesquels il désirait avoir l'avis de cette assemblée de dermatologistes. Török croit avoir remarqué que Hutchinson, malgré le vif intérêt provoqué par ses cas, sortit de la séance sans en rapporter un jugement plus positif qu'auparavant.

Les hôpitaux de Londres n'ont en général aucune division réservée aux maladies de la peau. Quelques lits sont à la disposition des dermatologistes pour leurs malades, et ces lits se trouvent le plus souvent dans d'autres services. La plupart des malades affectés de dermatoses sont par conséquent traités à la consultation gratuite comme ambulants (« out-patients ») et vus une ou deux fois par semaine. Les médicaments sont donnés gratuitement.

L'énorme quantité de malades atteints de dermatoses se partage entre les divers hôpitaux parmi lesquels Török a visité Saint-Marys Hospital (Malcolm Morris), Charing Cross H. (Sangster), Middlesex H. (Pringle), Guys H. (Perry), Westminster H. (Fox), London H. (Stephen Mackenzie) et l'University College H. (Radcliffe Crocker). La réception des malades dans les divers hôpitaux a lieu en général à des jours ou à des heures différents, de telle sorte que l'on peut la suivre avec assez de régularité.

Les chefs des divers services sont en même temps — conformément au plan d'enseignement anglais — chargés de l'enseignement de leurs spécialités. Un cercle plus ou moins grand d'étudiants se groupe autour de chacun d'eux. Entre le professeur et ces étudiants se développent bientôt des

rapports très intimes; on ne consacre que peu ou pas de temps aux formalités et démonstrations inutiles. L'étranger participe immédiatement à cette intimité. Un autre point à noter, ce sont les rapports réciproques des dermatologistes anglais. Quand on arrive du pays où la position de quelques bacilles et l'interprétation de quelques corpuscules (Klumpen) allume une guerre comparable à celle des Guelfes et des Gibelins et où, au lieu d'arguments, on lance des invectives à la tête de l'adversaire, on remarque d'abord avec étonnement et bientôt avec joie que même parmi des dermatologistes — malgré des opinions opposées sur certains points — il peut exister des rapports amicaux basés sur une estime réciproque.

Les cas peuvent être étudiés très minutieusement, car, d'une part, ils se répartissent en un grand nombre d'hôpitaux (par suite on ne reçoit en moyenne que quarante à soixante malades à la fois), d'autre part — et cela a son importance — les observateurs se partagent aussi en diverses salles et ne sont pas réunis en assez grand nombre pour se gêner.

A Saint-Marys Hospital, où Török a eu l'occasion d'entendre les leçons souvent pleines d'humour de Malcolm Morris, il a vu un cas de favus tel qu'on en observe rarement. Il s'agit d'une femme tuberculeuse de trente-huit ans qui, depuis l'âge de quatorze ans, est atteinte de cette maladie. Sur le cuir chevelu, il n'y a que quelques rares cheveux, mais il est recouvert de cicatrices et en différents points envahi par des masses faviques confluentes dont la dimension varie de celle d'une pièce de cinq francs en argent à celle de la paume de la main. A la face, outre quelques scutules typiques, il existe des masses un peu plus confluentes ainsi que sur la paroi antérieure du thorax. Les épaules sont recouvertes de masses parasitaires analogues, sous lesquelles on aperçoit la peau rouge et traversée de rhagades. Le dos, des deux côtés de la colonne vertébrale, est recouvert par une cuirasse de masses faviques confluentes. Quelques ongles des mains présentent des dépôts jaunâtres, d'autres ont un aspect verdâtre diffus et sont un peu friables.

Dans le même service, outre quelques cas de dermatite rubra desquamative généralisée consécutive à des psoriasis ou à des eczémas, il a vu un cas que Malcolm Morris a diagnostiqué comme séborrhée du corps. Il s'agissait d'un garçon de neuf ans, chez lequel l'affection suivante s'était développée dans l'espace de quelques semaines. Des taches atteignant jusqu'à la dimension d'un centime, de forme arrondie ou irrégulière, s'étaient étendues à tout le tronc en partie aussi aux bras et sur le tiers supérieur des cuisses; quelques-unes avaient une tendance arciforme. Elles étaient rouge pâle, la plupart recouvertes de squames fines, quelques-unes cependant de squames un peu épaisses et rudes. D'autres, principalement dans les régions du sacrum et des hypocondres, étaient le siège d'une forte infiltration et leur surface était traversée par des sillons profonds. Ces dernières étaient saillantes au-dessus de la peau voisine. Une lésion initiale se trouvait sur le côté droit du thorax. Au cours du développement de la maladie elle avait atteint la dimension d'une pièce de cinq francs en argent et pris la forme annulaire, c'est-à-dire le centre était guéri et entouré d'un anneau rouge pâle qui était le siège d'une abondante desquamation. Les avant-bras, les jambes, les mains et les pieds, la face, étaient indemnes. Sur le

cuir chevelu, desquamation considérable en quelques points. Léger prurit.

En dehors de l'hypothèse d'un eczéma séborrhéique, on pouvait penser au pityriasis rosé de Gibert, à l'herpès tonsurant du corps et à la parakératose variegata décrite par Unna. Les infiltrats profonds qui existaient en plusieurs points, ainsi que la desquamation abondante et épaisse, venaient surtout à l'appui de l'opinion émise par Morris d'un eczéma séborrhéique squameux.

Parmi les *out-patients* de Perry, un cas mérite d'être signalé; il a été présenté à la Société dermatologique de Londres avec le diagnostic d'affection produisant des cicatrices (Narbenbildende) accompagnée de lupus érythémateux. Chez une malade âgée de vingt-cinq ans, on constate des lésions typiques de lupus érythémateux des deux oreilles, une hyperémie considérable des joues et du nez, un chiblain lupus des doigts et des mains, du dos du pied et des orteils qui avait déjà, en quelques points, déterminé des cicatrices. En outre sur les deux jambes il existe des tumeurs rouge bleuâtre, siégeant dans le derme, assez bien circonscrites, aplaties, du volume d'un pois, d'une noix jusqu'au poing d'un enfant; ces tumeurs font une légère saillie au-dessus de la peau saine et sont assez dures au toucher. Au premier coup d'œil, elles ressemblent à des nodosités d'érythème noueux. Ces tumeurs existaient depuis douze ans et n'occasionnaient aucun malaise subjectif; tantôt l'une, tantôt l'autre disparaissaient spontanément; une d'elles s'était ouverte, avait sécrété un certain temps et disparut en laissant une cicatrice pigmentée brunâtre.

Il a eu aussi l'occasion de voir, au Middlesex hospital, dans le service de Pringle, des lésions analogues sur la jambe droite d'une femme âgée de 60 ans, mais sans manifestations de lupus érythémateux. Ici encore la maladie durait depuis plusieurs années. Les plus petites tumeurs étaient de la grosseur d'une noisette, rouge bleuâtre, non saillantes au-dessus du niveau de la peau; les plus volumineuses, légèrement rouge bleuâtre. Il y avait une légère sensibilité. Une tumeur avait subi aussi une régression spontanée. Pas de syphilis dans les deux cas. Il s'agissait peut-être ici d'une forme de granulome fongoïde ou d'une variété non encore décrite de granulome. Le Dr Pringle lui a dit que dans les deux dernières années il avait observé trois cas semblables et qu'à la Société dermatologique on en avait présenté une demi-douzaine de cas. Le seul cas analogue qui ait été publié a été observé par Stephen Mackenzie (*Transactions of the clinical Society*, t. XXII, p. 15).

Le nombre des malades atteints de dermatoses du Middlesex Hospital augmente d'une façon constante depuis que le Dr Pringle est à la tête de ce service. Ce n'est peut-être pas le plus riche actuellement (il compte plus de 2 000 malades par an), mais c'est, selon Török, l'un des plus variés. Il y a vu en quelques jours, outre les cas tout à fait communs de psoriasis, d'eczéma, de gale, de pédiculose et de trichophytie, sept cas de lichen plan, parmi lesquels quelques-uns présentaient certaines particularités, des cas intéressants de lupus érythémateux, quelques cas de pityriasis rosé (Gibert), de dermatite herpétiforme, diverses variétés d'érythème et d'urticaire, un cas de sclérodermie unilatérale, circonscrite, multiple, un cas de prurigo, si rare ici (il en a vu un autre dans le service de Colcott Fox — le

prurigo existe donc aussi en Angleterre), un cas de zoster hémorrhagique supra-orbitaire, un cas de nævus pigmentaire unilatéral consistant en taches semblables à des éphélides disséminées sur le thorax, un cas d'hydradénome de Darier (kolloïde-milium, Philippson), un cas d'angiokératome (Fox-Mibelli), un cas d'une affection non encore décrite, désignée par Pringle sous le nom de mélanodermie atrophique, et une complication intéressante de psoriasis.

Il s'agissait d'une fille de 20 ans, en traitement depuis six mois pour un psoriasis grave. Il y a environ deux mois, il survint assez rapidement, sur la face palmaire de la main et les premières phalanges, sur le côté interne de la main, ainsi que sur les régions correspondantes des pieds, d'innombrables élevures, dures, très rapprochées les unes des autres, en pointe de clou, du volume d'un pois, pâles, dont les plus grosses avaient un aspect verruqueux. Hyperidrose considérable. Pas de symptômes subjectifs. Différences notables d'avec le psoriasis ou le lichen plan de la paume des mains. Le Dr Pringle pense que cette affection a peut-être été provoquée par l'usage de l'arsenic. Peut-être l'hyperidrose coexistante joue-t-elle un rôle dans la production de ces formations verruqueuses, comme dans les cas présentés il y a peu de temps par H. v. Hebra et Kaposi à la Société dermatologique de Vienne. Dans ces derniers cas, les modifications verruciformes étaient beaucoup plus développées.

Une autre affection à laquelle le Dr Pringle a donné provisoirement le nom de mélanodermie atrophique se rapporte à une femme de 46 ans. L'éruption existe depuis quatre ans et intéresse spécialement les surfaces d'extension des avant-bras et des mains, les genoux et les jambes ainsi que la face. Elle est nettement symétrique et consiste en papules aplaties qui ont en général la dimension de la moitié d'un pois et portent de petites squames très adhérentes. Elles durent peu et laissent après leur disparition une tache pigmentée foncée, légèrement atrophique, recouverte d'un épiderme ridé. Ces taches sont actuellement très nombreuses et caractérisent l'affection. Elles se distinguent nettement des éphélides. L'examen microscopique a permis de les distinguer des papules du lichen plan et des verrues planes avec lesquelles elles ont une analogie clinique. Le Dr Pringle incline à penser que ce cas a quelque rapport avec la xérodermie pigmentaire.

Une fille de 25 ans était atteinte d'angiokératome; jusqu'à l'âge de 15 ans elle avait eu tous les hivers de fortes engelures. Elle en aurait eu encore jusqu'à l'âge de 20 ans, mais beaucoup moins. A l'âge de 15 ans, la malade remarqua, à la suite d'engelures, qu'il restait des points foncés sur la face dorsale des mains, des doigts et des orteils. Ces points se multiplièrent et s'agrandirent en dehors de toute influence extérieure; quelques-uns, notamment ceux des orteils, prirent un aspect verruqueux. Ce cas fut reconnu comme tout à fait identique à quelques moulages de télangiectasies des mains et des pieds provenant de l'hôpital Saint-Louis observées par Vidal et à l'angiokératome de Mibelli, avec lequel il concorde complètement aussi au point de vue histologique. Le Dr Pringle a observé dans sa clientèle privée un cas analogue, chez une fille de 21 ans.

Dans sa dernière visite à Middlesex Hospital, le Dr Pringle lui a montré

un cas d'hydradénome (Darier (kolloïde-milium), Philippson), le premier qui ait été observé en Angleterre. Dans ce cas, comme dans celui publié par Philippson, il y avait aussi des papules sur les paupières inférieures.

Parmi les cas de Sangster, il ne relèvera que les suivants. Le premier concerne un homme âgé présentant, en même temps que de petits points atrophiques, des plaques sclérodermiques de diverse grandeur sur l'abdomen et les cuisses. Ces plaques sont irrégulièrement circonscrites. La région pubio-inguinale et la face interne du quart supérieur de la cuisse présentent une pigmentation brune, d'ailleurs normale. Sur la face postérieure des deux cuisses il existe une plaque sclérosée brun gris de l'étendue de la paume de la main qui est recouverte par une couche cornée analogue à une pierre spéculaire (sclérodermie avec xérodermie).

Un deuxième cas se rapporte à une femme de 22 ans, sur le dos de laquelle on aperçoit environ une centaine d'élevures dont la grosseur varie d'une tête d'épingle à celle d'une lentille, très plates, à surface ridée. Sur ces élevures les orifices sont un peu distants les uns des autres. Ces productions sont molles, les rides sont mobiles. Il semble qu'elles étaient auparavant plus fermes; on en rencontre çà et là de plus résistantes. La coloration ne diffère en rien de celle de la peau saine, la forme est arrondie, ovale ou présente plusieurs échancrures. En quelques points on trouve une petite cicatrice. L'affection ne daterait que de six ans. S'agit-il ici de modifications secondaires d'acné ou de cicatrices de variole, dont il n'y a du reste aucune trace sur d'autres régions du corps, ou de fibromes multiples développés tardivement?

Parmi les malades du Dr Colcott Fox, on trouve un nombre extraordinaire d'urticaire chronique des enfants (*lichen urticatus*). L'auteur a appris à connaître différentes variétés de cette urticaire et a acquis la conviction que l'élément papuleux est déjà contenu dans chaque pomphyx (par conséquent aussi urticaire papuleuse) et qu'il apparaît nettement après la disparition de l'œdème. Du reste la papule est parfaitement perceptible au toucher dans le pomphyx. Quelques-uns de ces cas d'urticaire étaient accompagnés d'un nombre considérable de vésicules; chez d'autres, de l'élément ortié on ne trouvait plus que les papules avec les signes de grattage. On sait, d'après les recherches de Fox, qui lui ont été confirmées dans tous les autres hôpitaux, que ces urticaires guérissent complètement dans l'espace de quelques années. Il n'existe aucun rapport entre ces urticaires et le prurigo qui est si rare à Londres que certains auteurs nient son existence.

Le cas suivant est intéressant par suite de l'association singulière de purpura, d'érythème et d'urticaire. Une femme âgée présentait depuis quatre semaines un purpura typique de la jambe et de l'avant-bras, quand survinrent sur les jambes des taches érythémateuses et des papules autour des hémorrhagies, tandis que sur les bras apparaissaient des plaques d'urticaire. Pas de douleurs rhumatismales; pas de prurit; pas de fièvre. C'est un fait connu que les symptômes du purpura, de l'érythème et de l'urticaire peuvent survenir en même temps. Il cite ce cas en raison de l'apparition tardive des phénomènes érythémateux et ortiés après les premiers symptômes d'un purpura.

Un cas de pityriasis rosé, qu'il a vu chez le Dr Fox, était intéressant en

raison de son intensité. En quinze jours l'affection s'était développée si rapidement que les parois antérieure et latérale du thorax présentaient une teinte rouge diffuse; les autres régions offraient le tableau typique du pityriasis rosé. Les membres n'étaient que très peu atteints, les avant-bras presque tout à fait indemnes, les jambes, les mains et les pieds, la face et le cuir chevelu normaux.

Dans le service du Dr Crocker, il signale deux cas d'acné varioliforme : dans l'un il y avait des efflorescences jusque sur l'occiput, dans l'autre jusque sur la paroi antérieure du thorax. A indiquer aussi un cas de lupus vulgaire qui ne s'était développé que dans l'âge mur et avait envahi plusieurs régions du corps. Il a vu un cas semblable chez Colcott Fox. Ici le lupus du nez s'était produit chez une femme de 30 ans environ.

Le nombre des cas de trichophytie est considérable. Toutes les consultations gratuites regorgent de trichophytie du cuir chevelu et ceux qui fréquentent les hôpitaux la connaissent très bien, de sorte que, à la question du médecin : « De quoi s'agit-il ? » on entend souvent les personnes qui accompagnent les petits malades répondre : « Ringworm. » On rencontre plus rarement la trichophytie de la barbe et des régions glabres du corps. L'alopécie en aires s'observe assez fréquemment et quelques dermatologistes anglais sont d'avis que sa forme contagieuse n'est qu'une variété chauve de trichophytie : « bald ringworm. » D'après leurs observations, on voit des cas où la trichophytie se transforme en alopécie, ou bien où plusieurs membres de la même famille sont atteints de ringworm, tandis que l'un présente en même temps ou plus tard de l'alopécie en aires. Le trichophyton tonsurant lui-même ne se trouve que par un examen très attentif, mais cependant on le rencontre dans tous les cas d'alopécie en aires contagieuse. « Ringworm in infants, alopecia in adults, » est la règle.

Relativement au traitement de la trichophytie, les médecins anglais avouent avec désespoir que tous les remèdes sont également bons, ou mieux également mauvais. Ils emploient les parasiticides les plus divers, les composés mercuriels, l'iode, l'acide salicylique, la chrysarobine, l'ichthyol, etc., et n'ont de confiance absolue en aucun. Ce que quelques-uns regardent comme le meilleur, c'est un traitement prudent de petites surfaces avec de l'huile de croton ou mieux un liniment de croton avec épilation consécutive des poils qui s'arrachent facilement des follicules enflammés.

Voici la formule de ce liniment :

Huile de croton.	4 cent. c.
Liniment de savon.	60 cent. c.

Voici quelques autres formules usuelles.

Dans les dermatoses prurigineuses en général, dans les eczémas subaigus en particulier, la solution suivante donne de très bons résultats :

Liquor plumbi subacet.	15,0
Liquor carbonis detergent. Wright.. . .	75,0

Une cuillerée à café dans un verre à bière d'eau chaude; agitez. Pour humecter les parties malades.

Ou bien :

Liquor plumbi subacet.	240,0
Liquor carbonis detergent. Wright.. . .	8

On humecte les parties malades avec cette solution.

La liquor carbon. deterg. de Wright est un remède secret qui est très souvent prescrite par les médecins anglais. C'est en somme une solution faible de goudron dans de l'alcool et de mauvais alcool. L'action n'en est pas moins remarquable.

Dans les eczémas aigus, dermatites, d'une manière générale sur les régions irritées de la peau on emploie ici avec beaucoup de succès la solution suivante :

Levigated calaminæ (zinc. carb.)	2gr,6
Zinci oxydati.	1,3
Glycérine..	1,3 cent. c.
Aquæ	30,0 cent. c.

On humecte les parties malades avec cette solution et on laisse le résidu pulvérulent, ou bien on imbibe des compresses que l'on applique sur la peau enflammée.

Le Dr Fox emploie contre l'impétigo la pommade suivante :

Hydrarg. ammoniati.	0,12
Ung. zinci.	30

Contre le pityriasis rubra non invétéré, dans les dermatites squameuses généralisées, Crocker administre à l'intérieur la quinine à hautes doses et mélangée aux alcalins. Dans l'acné varioliforme, Török a vu dans un cas d'excellents effets de l'administration interne du sesquichlorure de fer. Ce cas n'a été traité par Crocker qu'à l'intérieur.

Dans l'acné rosacée, il a vu employer l'oléate de mercure ; ou la formule suivante :

Sulf. præcip.		14,4
Spiritus rectif.	} àà	60
Aquæ dest..		

ou

Pulv. sulph. hypochlor.	4
Adip. benzoat.	30
Ess. amygd. amarar.	Gutt. IV.

Dans quelques hôpitaux, on emploie avec avantage le pinceau à colle manié avec soin et quelques emplâtres sur tarlatane.

La dernière partie de la correspondance de Török est exclusivement consacrée au Musée du Guy's Hospital. On sait que ce musée contient un certain nombre de moulages (537) des maladies de la peau, dont quelques-uns se rapprochent des célèbres moulages de Saint-Louis ; ils ont été préparés par Joseph Towne. Un nouveau catalogue sera très prochainement publié par le Dr Perry, aidé surtout du Dr Pringle pour l'examen des pièces ; le catalogue actuel a été fait par Hilton Fagge et date déjà de 1876.

A. Doyon.

Engelure. — TAENZER. Ueber « Lippenfrost » (de l'engelure des lèvres) (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, t. XII, p. 56, 1890).

Il s'agit d'un malade âgé aujourd'hui de 33 ans. Depuis l'âge de 12 ans il est atteint d'une affection de la lèvre, laquelle n'a rien de rare en elle-même, mais qui peut intéresser les dermatologistes par sa localisation.

Selon le malade, le début de son affection remonterait à l'hiver rigoureux de 1870-71 ; elle se manifesta par une vive sensation de cuisson à la lèvre supérieure, puis survinrent de la tuméfaction et une coloration rouge bleu. Au commencement d'avril 1871, l'affection disparut spontanément, après avoir résisté à tout traitement médicamenteux.

Au mois d'octobre, la même affection reparut exactement comme la première fois, mais seulement plus douloureuse par suite de la présence d'une profonde rhagade. Comme prodrome, il se produisait une desquamation de la partie atteinte qui se renouvelait quotidiennement pendant plusieurs jours.

L'évolution fut la même que la première fois et fin mars tout le complexus de symptômes disparut; le traitement médicamenteux n'avait eu aucune influence. L'affection reparut ensuite avec la même régularité absolue, chaque année en octobre, pour disparaître de nouveau à la saison chaude. L'affection est parfois prurigineuse, principalement quand on la touche. La rhagade fermée pendant la nuit se rouvre de nouveau quand le malade mange, rit ou parle ; il en résulte une vive douleur et une légère hémorrhagie. Jamais ni suppuration ni ulcération avec cicatrice consécutive. En été, la maladie ne laisse aucune trace, ni objective ni subjective.

La lèvre supérieure n'a jamais été atteinte.

Voici ce qui se passe. Vers fin octobre, il survient un ramollissement de la couche cornée au tiers moyen de la lèvre inférieure, de telle sorte qu'on peut enlever cette couche en totalité avec les doigts. Cette desquamation se renouvelle pendant plusieurs jours jusqu'à trois fois. Les points ainsi dépouillés sont très douloureux et se transforment à la surface en une plaque mince comme du papier, solide et brun rougeâtre. Cette desquamation, que le malade regarde comme le prodrome de l'affection proprement dite dure six à huit jours ; puis il se produit dans le tiers moyen de la lèvre inférieure une légère sensation de brûlure, des fourmillements et du prurit; la coloration passe du rouge vif au rouge bleu jusqu'au brun rouge ; la lèvre se tuméfie en ce point; il y a un léger ectropion et, dans la partie tuméfiée, tout à fait molle au toucher, on sent sous le doigt une tumeur de consistance pâteuse, arrondie, de la grosseur d'une petite cerise; au bout d'un à deux jours, il se forme une fissure transversale du bord cutané externe vers le frein de la lèvre inférieure ; cette rhagade, de plus en plus profonde, partage toute la tumeur en deux parties égales. Plus tard, les deux parties demi-sphériques se dessèchent à leur surface, et la couche cornée commence à se détacher à la périphérie et à se renverser, de sorte que tout le fragment desséché prend un aspect ombiliqué. L'exfoliation complète se fait dans l'espace d'un jour; la lèvre a, en apparence, un aspect normal, mais est très sensible. La plus légère contraction musculaire déchire de

nouveau la lèvre au milieu, et le processus recommence en suivant les mêmes phases. Jamais d'engorgement ganglionnaire.

Le cycle complet des symptômes évolue en six à huit jours, et, dès que l'un est terminé par l'exfoliation de la couche desséchée, un autre recommence invariablement, de telle sorte que le malade subit environ vingt poussées de ce genre par hiver.

La maladie disparaît spontanément au début de la saison chaude. L'auteur l'a, du reste, traité par tous les remèdes possibles sans obtenir un résultat durable. Il n'est arrivé qu'à diminuer la douleur et les démangeaisons. Le meilleur effet a été obtenu par l'application de gutta-percha avec emplâtre de plomb et de baume du Pérou, qui amenait la cicatrisation rapide des rhagades. A. Doyon.

Epidermolysis. — F. Bonaiuti. Contributo allo studio della epidermolysis bullosa hereditaria di Köbner (*Il Morgagni*, décembre 1890, p. 770).

Histoire d'une famille composée, en cinq générations, de 63 membres dont 31 (16 hommes et 15 femmes) étaient atteints de la maladie décrite par Köbner, et caractérisée par la formation de bulles sous l'influence des plus légères pressions extérieures.

Tous les hommes de cette famille sont aptes au service militaire et quelques-uns d'entre eux ont été soldats; ils sont d'une taille plutôt grande, ont la poitrine large, les masses musculaires bien développées, avec une légère tendance à engraisser; ils ont de bonne heure les cheveux blancs, quelques-uns ont un système pileux peu développé; mais aucun d'eux n'est chauve. Les femmes ont généralement la constitution physique qui caractérise les bonnes nourrices. Quelques membres de la famille ont été atteints d'apoplexie.

Les membres de la famille qui sont atteints de l'affection cutanée en question commencent à l'éprouver dès leur enfance; lorsqu'ils arrivent à l'âge de 40 ou 45 ans, ils éprouvent une amélioration de plus en plus grande, jusqu'à leur vieillesse où la maladie disparaît complètement.

Le malade qui consulta le premier Bonaiuti était âgé de 22 ans, il présentait à la suite de pressions même très peu prolongées des bulles qui étaient précédées de rougeur et d'un fort prurit; au bout de 2 heures environ les bulles se produisaient; entourée d'une étroite auréole rouge qui ne tardait pas à disparaître, la bulle augmentait de volume pendant 2 ou 3 jours, puis diminuait peu à peu et il restait après elle une squame épidermique, dont la chute laissait à nu la peau saine et déjà recouverte d'un épiderme de nouvelle formation; lorsque la bulle se rompait, elle laissait écouler un liquide citrin, limpide, légèrement visqueux et la base de la bulle d'abord de coloration rouge vif se recouvrait d'une couche blanche et donnait une suppuration peu abondante accompagnée d'un abondant écoulement de sérosité, peu à peu il se formait un nouvel épiderme et il ne restait bientôt plus aucune trace des lésions antérieures; l'évolution complète durait de 6 à 14 jours. Ces bulles, siégeaient le plus souvent aux mains et aux pieds, mais pouvaient s'observer sur tous les points du corps

pourvu qu'ils fussent soumis à une pression ou à une friction. Leurs dimensions et leur forme variaient suivant les dimensions et la forme des agents mécaniques qui les avaient produites. Elles se développaient beaucoup plus facilement en été qu'en hiver, et dans cette dernière saison elles ne se produisaient que quand la pression avait été plus énergique et plus prolongée.

L'intensité de la maladie variait chez divers sujets atteints. Un d'eux avait été renvoyé de la cavalerie dans laquelle il servait, parce que la production des bulles l'empêchait de faire son service; d'autres pouvaient continuer leur service militaire, même dans des conditions de grande activité. Une femme, qui avait été atteinte de la même maladie pendant son enfance, était entièrement guérie depuis une grossesse.

L'auteur résume ensuite la description de cette bizarre dermatose, telle qu'elle résulte des faits rapportés par Goldscheider (1882), Valentin (1885), Köbner (1886), Max Joseph (1886) : il préfère la dénomination d'epidermolysis bullosa hereditaria proposée par Köbner, à celle d'acantolysis bullosa employée par Goldscheider et par Max Joseph et à celle trop vague de dermatitis bullosa donnée par Valentin. GEORGES THIBIERGE.

Kératodermie. — AZUA. Keratodermias simetricas eritemotosas, plantares y palmares (*Revista de Dermatologia*, etc. Madrid, novembre 1890, p. 20).

L'auteur rappelle la division des kératodermies proposée par M. E. Besnier et il rapporte un cas qui rentrerait dans la classe des kératodermies symétriques des extrémités, se développant en foyers multiples et isolés, à la plante des pieds notamment, et sans rapport avec les pressions exagérées, variété qui est certainement trophonévrotique et d'origine centrale. Il s'agit d'une femme de 47 ans, grande et forte qui n'a jamais été malade. Il y a quelques années pourtant, elle a vu survenir au printemps et à l'automne des rougeurs des mains avec chaleur et qui étaient suivies d'une légère desquamation. Son affection actuelle remonte à environ cinq mois. Au niveau des talons, à la face plantaire des têtes des métatarsiens et des orteils, la malade remarqua que la peau devenait très épaisse, rugueuse et d'un jaune pâle; il y avait en même temps un prurit intense et des crevasses assez profondes et plus prurigineuses encore. Quatre mois après, apparition à la pulpe des doigts des deux mains, au centre de la paume et au niveau des éminences thénar et hypothénar, de lésions semblables accompagnées des mêmes sensations. Au niveau des talons, l'épaisseur de la couche cornée s'élève à près de 2 centimètres. Au centre de la plante des pieds et indépendants de toute pression, on voit des îlots épidermiques épaissis, de formation récente au dire de la malade, de couleur jaune rougeâtre, sans crevasses et de forme ovale ou arrondie. Ces éléments seraient, pour l'auteur, en voie de développement. Tous ces îlots épidermiques sont entourés d'une mince zone rougeâtre de 8 millimètres au plus. La malade y accuse une démangeaison intolérable et la marche est un peu douloureuse. Les ongles présentent une légère incurvation; ils ont perdu une partie de leur brillant et sont striés longitudinalement. A la racine de

l'ongle on voit un pointillé sombre qui paraît formé de petites dépressions à l'emporte-pièce. La sensibilité plantaire est normale, les réflexes sont conservés. La symétrie aux deux pieds est absolue. En ce qui concerne les lésions palmaires qui se sont développées dans l'espace d'un mois environ, l'épaississement et les crevasses sont moindres qu'aux pieds; les mêmes caractères de symétrie, démangeaison, bande périphérique érythémateuse s'y rencontrent. Même aspect aux ongles de la main qu'à ceux du pied. Sécrétion sudorale au niveau des parties malades un peu diminuée. Femme très nerveuse.

Examen microscopique. Grand épaississement de la couche cornée qui arrive presque à la base du corps muqueux, les couches intermédiaires faisant défaut, ou pour mieux dire étant altérées au point d'être méconnaissables : dans les couches profondes on distingue encore des noyaux et une apparence cellulaire, mais l'aspect dentelé des cellules a disparu : cette disparition est surtout manifeste au sommet des papilles. Dans les couches moyennes et supérieures l'aspect cellulaire fait complètement défaut : ce n'est qu'une masse inégalement kératinisée où l'on perçoit à peine une stratification. L'éléidine s'est, en certains endroits, séparée des cellules, formant des concrétions granuleuses dans les espaces normaux. Les conduits glandulaires sont légèrement dilatés : d'autres sont obstrués et kératinisés par places. « En certains points, l'aspect de l'épiderme est homogène, ce qui montre que la lésion provoque une kératinisation anormale rapide qui ne permet pas la dessiccation et la dégénération régulière : cet aspect résulte de l'excès de prolifération et de vitalité du corps muqueux sous une influence évidemment trophique. » Examen bactériologique négatif.

L'auteur défend la théorie trophonévrotique de cette affection : bien qu'elle ne soit pas démontrée, elle est cependant rationnelle. La cause de ces kératodermies symétriques et spontanées est en effet obscure. Pour corroborer son opinion, l'auteur rapporte un second fait. C'était un homme qui était atteint depuis deux ans d'hyperidrose plantaire en même temps que d'hyperesthésie et de douleurs de ces régions. La marche était très pénible. Sensation de brûlure augmentée par la chaleur du lit. Sensibilité normale. La marche détermine de la lassitude et de la douleur. Malgré des traitements divers, tous ces phénomènes persistent. Au bout de quelques mois, développement des kératodermies symétriques aux deux plantes. Leur apparition avait donc été précédée de phénomènes dont l'origine nerveuse est indiscutable. PAUL RAYMOND.

Kératose palmaire et plantaire. — H. BROOKE. Notes on some keratoses of the palms and soles (*The Brit. Journ. of Derm.*, jan. 1891, p. 19).

L'auteur rapporte plusieurs cas intéressants de kératose palmaire et plantaire. Les trois premiers sont secondaires au lichen planus, et sans la présence de quelques rares éléments de lichen, le diagnostic précis, en ne tenant compte que des caractères kératosiques seuls, aurait été fort difficile.

Dans le premier cas, les faces palmaires et plantaires étaient uniformément recouvertes de très épaisses couches de squames. Dans le deuxième, les faces plantaires ne présentaient d'épiderme hypertrophié, considérablement épaissi qu'aux points de plus forte pression contre le sol; le reste de leur surface était rouge, légèrement squameux et nettement limité par une ligne rugueuse. Dans le troisième cas, s'ajoutait une cause d'irritation dont la

part d'influence était difficile à préciser. C'est à la suite d'un traitement arsenical longuement continué contre un lichen planus que les faces plantaires et palmaires s'étaient enflammées, devenant rouges, douloureuses à la pression, rugueuses, couvertes de squames et légèrement prurigineuses. Après suppression de l'arsenic et amélioration consécutive, une seconde tentative de traitement arsenicale faillit reproduire les mêmes lésions. L'arsenic, dans ce cas, pourrait donc être incriminé; mais, d'après M. Hutchinson, une éruption arsenicale aurait présenté des fissures, des crevasses, des croûtes psoriasiformes, de la décoloration, tandis qu'ici la lésion consistait en une simple hyperkératose. D'ailleurs la peau n'offrait nulle part de manifestation qu'on pût attribuer à l'intoxication arsenicale ; au contraire, il y avait coïncidence de plaques de lichen planus; aussi l'auteur rattache-t-il cette kératose au lichen. M. Brooke rapporte ensuite une observation qu'il considère comme un cas de kératodermie symétrique érythémateuse de M. Besnier, à sa première période. Puis il décrit deux exemples de kératome palmaire héréditaire de Unna, observés dans sa clientèle hospitalière. Dans les deux cas, l'hérédité, très évidente, remontait à la troisième génération: trois des enfants de la même mère atteinte de cette affection, souffraient eux-mêmes de kératome palmaire et chez tous le début coïncida avec l'époque où ils commencèrent à se traîner à quatre pattes, en frottant leurs membres contre terre. La paume des mains et les faces palmaires des doigts présentaient un épaississement considérable de l'épiderme, épaississement qui s'arrêtait brusquement à l'union des faces dorsales avec les faces palmaires. A côté de ces lésions très accentuées, et formant contraste, il y avait indemnité presque complète des plis de la main.

Dans l'étude de ces diverses observations, ce qui frappe plus particulièrement l'auteur, c'est la parfaite symétrie des lésions et leur tendance à se produire d'une façon identique aux mains et aux pieds. Selon toute vraisemblance, quelques-unes de ces kératoses sont des trophonévroses centrales primitives; mais pour la plupart d'entre elles, le fait de s'étendre d'une main à l'autre, d'un pied à l'autre, des mains aux pieds ou *vice versa*, ne peut s'expliquer que par quelque action réflexe d'origine périphérique.

LOUIS WICKHAM.

Traitement de Koch. — ORTIZ DE LA TORRE. El remedio contra la tuberculosis de Koch. Observaciones en el lupus (*Revista de Dermatologia*, etc., Madrid, 1891, p. 149).

Résultats qui ne diffèrent pas de ceux signalés par tous les observateurs. « Parmi tous les cas de lupus traités par les injections pendant deux mois et demi nous n'avons noté un seul cas de guérison. » Comme modifications subies par l'affection, l'auteur signale la diminution de l'auréole de tuméfaction qui entoure le lupus, la chute des croûtes et la cicatrisation de quelques parties ulcérées. Il signale les dangers de la méthode chez les lupiques qui peuvent être atteints d'autres lésions tuberculeuses internes sur lesquelles la tuberculine pourrait avoir une influence préjudiciable : or, dit-il, *primo non nocere*. PAUL RAYMOND.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Blennorrhagie. — F. Raymond. Arthropathies multiples et atrophie musculaire généralisée consécutive, en rapport probable avec une infection blennorrhagique (*Gazette médicale de Paris*, n° 1, 1891).

Le 12 avril 1890, entre à l'hôpital Lariboisière, dans le service de M. Raymond, un malade âgé de 32 ans, dont nous résumons l'observation. Pas d'antécédents pathologiques; en 1886, blennorrhagie uréthrale subaiguë ayant duré huit jours, mais suivie pendant quelques mois de goutte militaire. En janvier 1887, arthrite aiguë monoarticulaire du genou qui oblige le malade à garder le lit pendant deux mois. A la suite de fatigues exagérées, il fut pris, au bout de ce temps, de douleurs dans la colonne vertébrale, avec fièvre intense, qui le clouèrent encore deux mois au lit. Lorsque ces arthrites vertébrales furent atténuées, apparurent des douleurs dans les articulations de l'épaule et sterno-claviculaires droites. En février 1887, douleurs à l'épaule gauche ayant duré trois mois; puis, douleurs dans la partie inférieure de la colonne vertébrale au niveau des vertèbres lombaires et dans les articulations sacro-iliaques. Au fur et à mesure que ces diverses articulations sont prises, amaigrissement rapide des segments des membres avoisinants, disparition de la force musculaire; en même temps, troubles psychiques : le malade devient sombre, mélancolique, la mémoire diminue.

Pendant les années 1888 et 1889, plus de douleurs vives dans les membres, mais presque continuellement douleurs vagues tout le long de la colonne vertébrale et dans les jointures des orteils. Enfin, six mois après son entrée à l'hôpital (avril 1890), douleurs subaiguës à la région cervicale qui persistent encore. Consécutivement à ces douleurs, les muscles de la nuque s'atrophient, les articulations s'ankylosent, la tête tombe en avant sans qu'il soit possible de la redresser. Le malade est très émacié; il y a une atrophie musculaire généralisée ayant son point de départ au pourtour des jointures malades, mais portant principalement sur les pectoraux, les deltoïdes, les péri-scapulaires, les autres muscles du tronc, ceux de la région fessière. Disparition des éminences thénar et hypothénar, avant-bras amaigris, flasques, sans que l'atrophie porte particulièrement sur aucun groupe de muscles. Les articulations primitivement affectées ne présentent pas de gonflement ni de rougeur. Aucun trouble trophique; sensibilité absolument intacte; vision normale; réflexes rotuliens légèrement exagérés; contractilité faradique et galvanique normale dans tous les muscles, même dans ceux qui paraissent le plus atrophiés.

M. Raymond discute les raisons qui lui font croire que cette atrophie est consécutive à la blennorrhagie; pour lui, le malade réalise un exemple d'une atrophie musculaire généralisée survenue, en très peu de temps, à la

suite d'arthrites blennorrhagiques multiples et ayant présenté les caractères d'une myopathie primitive.

L. Perrin.

Blennorrhagie. — Panas. Névrite optique d'origine blennorrhagique (*Semaine médicale*, 1890, n° 58, p. 477).

M. le professeur Panas étudie un cas de neuro-rétinite double d'origine blennorrhagique, qu'il considère comme le premier de son espèce, du moins par son côté ophthalmologique.

Il s'agit d'un homme robuste de 29 ans, sans antécédents personnels ou héréditaires. Il y a quatre ans, blennorrhagie qui dure six mois et rhumatisme blennorrhagique. Dans le courant de 1889, nouvelle blennorrhagie : les symptômes aigus ont duré quatre mois, mais la sécrétion n'a jamais été complètement tarie et persiste sous forme de goutte militaire. Au cours de la période aiguë, le malade est resté trois mois au lit, toutes les articulations ayant été prises successivement; il a eu du lumbago, une sciatique double. Le 6 octobre 1890, ayant repris son travail, il entre dans une glacière et a la notion très nette d'un refroidissement; il éprouve aussitôt des douleurs de tête très violentes qui nécessitent un repos au lit de dix jours. Onze jours après (17 octobre), il va faire une promenade; le lendemain, il constate que la vision est complètement perdue du côté droit.

A son entrée à l'hôpital, on constate que les manifestations articulaires et sciatiques ont complètement disparu, que le système nerveux est en bon état, que les réflexes rotuliens sont parfaitement conservés. L'œil droit est complètement amaurotique, mydriase, réflexe lumineux et accommodateur abolis; papille manifestement atrophique, mais l'atrophie n'est pas encore complète, elle est d'un blanc rosé; les veines sont dilatées et flexueuses, les artères petites, presque filiformes. Le tissu rétinien lui-même participe à l'inflammation. Du côté de l'œil gauche, quoique le malade n'accuse aucune gêne, on constate un peu de rétrécissement du champ visuel, et que la papille est inflammée, mais à un degré moindre qu'à droite.

Étudiant ce cas, M. Panas discute le siège de la lésion qui a déterminé cette neuro-rétinite double. La lésion peut siéger sur trois segments différents : dans les centres, les noyaux d'origine (portion centrale ou nucléaire, à la base du crâne (portion basilaire) ou à la périphérie, dans la portion orbitaire du nerf. Il repousse le siège orbitaire à cause de la bilatéralité de la lésion; il repousse de même l'origine nucléaire à cause de l'absence de la paralysie des filets iriens, et il admet une lésion de cause basilaire. Il croit à une méningite de la base avec exsudation séreuse qui a retenti surtout sur le nerf optique droit, parce que sa gaine était plus perméable que celle du côté gauche. Tous les commémoratifs entraînent vers ce diagnostic : le début si brusque de l'affection, la céphalalgie si bien localisée, l'élévation de la température. Il rejette l'hypothèse de méningite tuberculeuse; le malade est un infecté par la blennorrhagie, qui a fait une poussée de méningite le jour où il s'est refroidi. Mais son cas n'est pas désespéré.

L. Perrin.

Gonocoques. — Vibert et Bordas. Du gonocoque dans le diagnostic médico-légal des vulvites (*La Médecine moderne*, 13 novembre 1890, p. 881).

Chez six petites filles dont la vulvite paraissait devoir être attribuée à toute autre cause que la blennorrhagie, Vibert et Bordas ont constaté dans l'écoulement des diplocoques présentant tous les caractères morphologiques (forme en biscuit, disposition en amas ou en tas mais non en chaînettes, siège à l'intérieur des globules de pus) et toutes les réactions colorantes du gonocoque, y compris l'impossibilité de se colorer par la méthode de Gram; ils concluent de là que l'on peut rencontrer, dans des écoulements qui n'ont aucun rapport avec la blennorrhagie, un diplocoque qui ne peut être différencié du gonocoque par l'examen microscopique et que par conséquent la recherche de celui-ci n'a aucune valeur au point de vue du diagnostic médico-légal des vulvites, la médecine légale ne pouvant utiliser que des données absolument incontestables.

Cette dernière conclusion ne peut guère être contestée; mais les cas invoqués par les auteurs ne sauraient suffire à établir la première : dans tous ces faits, les enfants disaient avoir subi des attouchements de la part d'individus qui avaient été arrêtés pour ce fait, et ces individus examinés dans un délai qui n'a pas dépassé huit jours après l'attouchement allégué n'ont présenté aucune trace d'un écoulement blennorrhagique et n'avaient sur leur linge aucune tache suspecte. Nous avouons que ces raisons ne nous paraissent pas suffisantes pour rejeter absolument l'hypothèse d'une vulvite blennorrhagique et que si ces faits n'avaient été précédés par d'autres plus probants tels que celui de Straus, ils n'auraient pas ébranlé dans notre esprit la valeur de la constatation du gonocoque. Georges Thibierge.

Gonocoques. — Vibert et Bordas. Étude sur le gonocoque (*La Médecine moderne*, 1er janvier 1891, p. 6).

Ce mémoire fait suite au précédent. Les auteurs, après avoir résumé les essais infructueux ou tout au moins contradictoires de culture du gonocoque faits par divers auteurs, rapportent les expériences qu'ils ont faites eux-mêmes au moyen de pus provenant de blennorrhagies aiguës de l'homme et ne renfermant aucun autre microbe que le gonocoque : presque tous les essais de culture sur bouillon, sur agar et sur pommes de terre ont donné des résultats positifs et leur produit a consisté en diplocoques semblables de tous points au gonocoque. En présence des résultats différents obtenus par d'autres auteurs, on peut dire que le gonocoque ne peut être caractérisé sûrement par sa culture.

Le pus de quatre des vulvites à pseudo-gonocoques a fourni des cultures analogues à celles du gonocoque; cependant les cultures sur pommes de terre présentaient un aspect un peu différent (colonies sous forme de points ressemblant à de minimes gouttelettes de pus avec le pus blennorrhagique; taches sinueuses de coloration jaune chamois avec le pus de la vulvite). Georges Thibierge.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Syphilis du système nerveux. — J. Audry. Deux cas mortels de syphilis cérébrale (*Lyon médical*, n° 7, p. 228, 1891).

De ces deux faits de syphilis cérébrale, l'un est intéressant par la précocité des accidents cérébraux démontrée par l'existence simultanée d'une iritis et d'une éruption cutanée secondaire. A l'autopsie, on constatait la présence, sur les os du crâne, d'une ostéite syphilitique au début; l'existence d'une gomme du corps strié; une hémorrhagie méningée sous-arachnoïdienne suivant les vaisseaux et peu diffusée en largeur, siégeant du même côté que la gomme; enfin l'existence d'une endartérite très prononcée de la sylvienne.

Le second fait est remarquable par sa forme clinique; c'est un cas de syphilis cérébrale à forme maniaque, chez un fils d'aliéné. Grâce à un traitement mixte actif, le malade avait pu échapper une première fois à la gravité des accidents cérébraux qu'il avait présentés. L. Perrin.

Charcot. Deux cas de syphilis cérébrale (*Bulletin médical*, n° 14, p. 155, 1891).

Les deux cas de syphilis cérébrale qu'étudie dans cette conférence le professeur Charcot présentent un contraste frappant : l'un est un exemple de la plus haute gravité d'hémiplégie cérébrale avec troubles intellectuels, l'autre est un exemple d'épilepsie partielle curable.

A l'occasion de ces malades, M. Charcot rappelle les conséquences de l'artérite syphilitique, les processus auxquels elle aboutit; il montre que, dans le premier cas, le mode de début indique qu'il s'agit d'un foyer de ramollissement et non d'hémorrhagie, que la lésion est incontestablement profonde et ineffaçable. C'est, en effet, une lésion des branches terminales de la sylvienne; le territoire cortical des zones motrices dans une grande étendue a été intéressé de manière à produire une sorte de monoplégie associé se présentant sous l'aspect de l'hémiplégie complète capsulaire. Ce qui le prouve, c'est la concomitance intéressante de phénomènes que l'on ne rencontre pas d'ordinaire dans les lésions des masses centrales et qu'on est au contraire habitué à trouver dans les lésions corticales en foyer : la cécité verbale, l'aphasie motrice, l'agraphie, l'hémiopie. Les régions irrémédiablement affectées sont donc : les centres moteurs dans presque toute leur étendue, le lobule pariétal inférieur et le pli courbe. Ce qui marque encore les régions corticales comme étant le siège des lésions, c'est la déchéance intellectuelle profonde, l'amnésie que présente le malade.

Voici d'ailleurs le résumé de cette observation :

OBSERVATION I. — Il s'agit d'un homme de 45 ans qui a eu la syphilis à l'âge de 18 ans, il y a par conséquent vingt-sept ans, il ne se soigna que pendant quatre mois. Le 26 janvier l'hémiplégie droite a fait son apparition, mais elle ne s'est pas déclarée soudainement. Le 8 janvier il a été pris dans la rue d'un grand vertige; les quinze jours qui suivirent, ces vertiges se reproduisirent fréquemment et lui rendirent tout travail impossible. Le 25 janvier, en se couchant, il ressent une sorte d'engourdissement passager dans l'épaule et le membre supérieur du côté droit; vers les trois heures du matin, il se réveille en proie à un malaise vague, il se lève : il traînait la jambe droite et s'exprimait avec quelque difficulté; à la suite d'une application de sangsues, ces troubles disparurent rapidement. La journée du 26 fut normale, mais le soir, vers sept heures, ces troubles de la motilité et du langage reparurent plus accusés et pour ne plus disparaître. Le malade n'avait pas perdu connaissance.

En même temps que l'hémiplégie, il y a de la cécité verbale qui était au début accompagnée d'aphasie motrice; mais celle-ci a bientôt disparu et la cécité a persisté à l'état d'isolement. Il n'y a pas de surdité verbale, mais la faculté graphique est affaiblie, il existe de l'hémiopie, de l'amnésie et une déchéance intellectuelle profonde.

Avant l'apparition de l'hémiplégie, le malade a souffert, à partir du mois de novembre, d'une céphalée qui n'a cessé qu'au bout de quatre mois, au moment où s'est développée l'hémiplégie. Cette céphalée était continue, mais augmentait le soir et devenait si vive pendant la nuit que le sommeil était impossible.

OBSERVATION II. — Le second cas de syphilis cérébrale que rapporte M. Charcot est un exemple d'épilepsie partielle où l'influence du traitement spécifique a donné des résultats non équivoques en quinze à vingt jours.

Homme âgé de 32 ans : syphilis il y a deux ans. Il ne présente aucun stigmate spécifique, excepté une choroïdo-rétinite; mais, il y a un an, pendant deux mois il a éprouvé dans les mollets des douleurs atroces à caractère nocturne. Il y a trois mois seulement, il ressentit des secousses dans la face du côté gauche, puis le bras du même côté s'agita, enfin il perdit connaissance. Depuis cette époque il eut deux crises analogues, chacune de ces crises épileptiques accompagnée comme la première de monoplégie brachiale, et, dans l'une d'elles, les convulsions s'étendirent au membre inférieur. Dans ce laps de temps, il eut en outre deux attaques avortées, où tout se borna à quelques secousses dans l'oreille gauche. Enfin, à la même époque, il fut pris d'une céphalée violente qui dura une quinzaine de jours. C'était une douleur continue, mais devenant atroce de six heures du soir à minuit. Cette céphalée disparut et la parésie brachiale s'amenda pendant un séjour que fit le malade dans un hôpital. Mais quelques jours après survenait la troisième attaque d'épilepsie partielle pour laquelle il entra à la Salpêtrière avec une paralysie de la face du côté gauche, avec une monoplégie brachiale incomplète du même côté, plus accusée au niveau de la main, sans troubles de la sensibilité, mais accompagnée d'une diminution de la force dynamométrique et compliquée d'exagération des réflexes tendineux et d'atrophie musculaire en masse. En trois semaines de traitement

par les frictions et l'iodure de potassium, les résultats obtenus ont été les suivants : plus d'accès d'épilepsie partielle, plus de parésie brachiale. La force dynamométrique de la main gauche se rapproche de celle du côté sain. Les réflexes sont devenus normaux, les troubles vaso-moteurs de la main, qui était froide et violacée, ont disparu; enfin on a gagné un centimètre sur l'amyotrophie brachiale. L. Perrin.

Charcot. Un cas de syphilis cérébrale héréditaire tardive (*Bulletin médical*, n° 12, p. 131, 1891).

Les cas de syphilis cérébrale héréditaire tardive ne sont pas si fréquents qu'il n'y ait un grand intérêt à y ajouter un fait de plus; celui que rapporte le professeur Charcot est une observation d'épilepsie partielle, isolée, libre de tout symptôme paralytique permanent et guéri au bout de deux mois de traitement.

Voici le résumé de l'histoire de cette malade : Il s'agit d'une femme de 30 ans, de bonne santé habituelle, quoique d'apparence grêle et chétive; elle a éprouvé six jours avant son entrée à la Salpêtrière une crise convulsive du type brachial. En six jours elle a présenté quatre attaques épileptiformes accompagnées de miction involontaire, de morsure de la langue et perte de connaissance. Les convulsions débutaient par l'index droit, gagnant ensuite les autres doigts, l'avant-bras et le bras; elles s'accompagnaient d'une sensation très douloureuse, puis la malade perdait connaissance et tombait sur le côté droit.

Six mois avant le début de ces attaques, il avait existé une céphalée tout à fait spéciale, caractérisée par une douleur vespérale et nocturne atroce, locale d'abord, siégeant dans la région pariétale gauche, irradiant ensuite dans tout le crâne. Deux heures après le début de cette céphalée, apparaissaient des vomissements aqueux qui se répétaient quatre ou cinq fois dans la nuit. Cette céphalée se reproduisit tous les soirs et toutes les nuits pendant quatre mois consécutifs, puis elle disparut spontanément. Durant les deux mois qui ont précédé le début de l'épilepsie partielle, la céphalée était fort atténuée; pour la mettre en évidence, au moment de l'entrée de la malade à l'hôpital, il fallait la provoquer à l'aide de la pression et de la percussion. La palpation ne faisait découvrir aucune exostose, mais une pression un peu forte et surtout la percussion révélait l'existence d'une zone ou rondelle douloureuse de la largeur d'une pièce de cinq francs, siégeant à gauche dans la région pariétale sur un point correspondant exactement à la partie moyenne des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes, c'est-à-dire au centre moteur de la main et du bras. Du côté des yeux, l'examen ophtalmoscopique montrait dans l'œil gauche, avec un rétrécissement presque concentrique du champ visuel, une névrite optique caractérisée par l'infiltration sans étranglement de la papille. Du côté droit, on voyait des flocons, des granulations dans le corps vitré et des plaques choroïdiennes couvertes de dépôts pigmentaires : c'est l'atrophie choroïdienne syphilitique. Cette atrophie paraît être un des attributs de la syphilis héréditaire tardive (Hutchinson, Fournier); il n'y a pas,

en effet, de traces de syphilis acquise; mais si la malade ne présentait actuellement ni déformation physique ni dents d'Hutchinson, elle a eu à l'âge de sept ans des croûtes à la tête, des ganglions au cou et vers l'âge de 15 ans du jetage, des hémorrhagies nasales avec expulsion en plusieurs fragments d'un des cornets du nez. L'examen rhinoscopique fait constater l'absence du cornet inférieur et du même côté une hypertrophie considérable, indolente du cornet moyen. Comme antécédents héréditaires, on trouve l'hérédité nerveuse vulgaire : elle est fille d'une hystérique, deux de ses cousins germains présentent une tare névropathique, l'un est atteint de paralysie infantile, l'autre est mort aliéné.

La malade, dès son entrée à l'hôpital, fut soumise au traitement antisyphilitique; en dix jours, elle n'eut qu'une seule attaque avortée, uniquement caractérisée par de l'engourdissement et de la faiblesse de la main; au bout de deux mois, elle sortit guérie, sinon de tous les accidents spécifiques, du moins des crises épileptiformes.

Étudiant cette observation, le professeur Charcot passe en revue les caractères qui permettent d'affirmer que cette épilepsie partielle est d'ordre syphilitique et rappelle ce que l'anatomie pathologique de la syphilis cérébrale enseigne en pareil cas. La syphilis est bien établie chez cette femme par l'ensemble des caractères suivants : lésions nasales spéciales, névrite optique, choroïdite, céphalée vraiment caractéristique. La malade a eu des lésions pachyméningitiques de la base et dans les régions fronto-pariétales : les lésions basales ont produit la névrite optique de l'œil gauche, l'atrophie choroïdienne de l'œil droit. Celles des régions fronto-pariétales siègent au niveau des centres moteurs du membre supérieur droit, à la partie moyenne des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes et n'ont pas encore déterminé de lésion organique de l'écorce cérébrale de ces régions, puisque cette épilepsie partielle n'était encore accompagnée d'aucun trouble permanent du mouvement dans les membres mis en jeu par les convulsions épileptiformes. On pouvait donc espérer la guérison complète des accidents par le traitement antisyphilitique fait rapidement et énergiquement. L. PERRIN.

ABADIE. Des formes graves de syphilis oculaire sénile (*Union médicale*, nº 148, 1890, p. 856).

L'auteur a observé un certain nombre de cas qui peuvent se résumer de la manière suivante : syphilis contractée par des individus ayant dépassé la cinquantaine; accidents, primitif et secondaire, tout à fait bénins ; puis, deux ou trois ans après, apparition de troubles oculaires graves, caractérisés par des altérations des membranes profondes et des nerfs optiques; peu d'iritis; enfin et surtout, résistance presque complète au traitement mercuriel et ioduré, quelles qu'en soient la forme et la dose. Dans un cas semblable, devant l'insuccès des frictions mercurielles, des injections sous-cutanées, M. Abadie injecta dans l'œil malade une goutte de solution de sublimé à 1/1000e; huit jours après, il fit une seconde injection; dès ce moment, l'amélioration s'accentua, et le malade arriva avec l'œil malade.

Aussi l'auteur conclut-il que le traitement de choix doit surtout consister dans les injections sous-cutanées de bichlorure d'hydrargyre associées dans les cas particulièrement graves aux injections intra-oculaires d'une goutte de la solution de bichlorure à 1 p. 1000.

L. Perrin.

Diabète et Syphilis. — S. Sourouktchi. Diabète insipide d'origine syphilitique (*Vratch*, 1891, n° 1, p. 8).

Dans la littérature on ne trouve que deux cas de diabète insipide syphilitique (cas de *Demme* et de *Hösslin*). L'auteur en rapporte un nouveau, remarquable surtout en ce que le diabète fut le premier symptôme de l'affection spécifique. Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans entré à l'hôpital pour un diabète insipide très accusé (boulimie, buvait jusqu'à 12 000 cc. par jour, urine jusqu'à 6 litres, poids spécifique de 1,004, pas de sucre, ni albuminurie), des douleurs de tête s'exagérant la nuit, et des vertiges. Il nie tout antécédent spécifique et raconte seulement que, il y a sept mois, cinq semaines après le dernier coït, aurait apparu sur la verge une petite tumeur indolore qu'il prit pour une verrue et qu'il excisa ; la plaie guérit en deux semaines, les ganglions du pli de l'aine du côté droit auraient grossi et seraient devenus un peu douloureux. A l'examen, on ne trouve pas d'accidents secondaires, ni traumatisme d'aucune sorte et l'on n'a recours qu'aux médicaments usités ordinairement dans le cas de diabète insipide. L'état du malade ne s'étant pas amélioré et des plaques muqueuses ayant apparu dix jours après son admission à la clinique, l'auteur prescrit le traitement mixte (frictions avec 1 gr. 85 d'onguent napolitain, et 1 gr. 85 d'iodure de potassium à l'intérieur par 24 heures) : un mois après l'institution de ce traitement, tous les symptômes morbides ont disparu complètement : l'urine est revenue à 1500-1800 cc., avec un poids spécifique de 1,016 ; la soif et la boulimie ont cessé ; guérison des plaques muqueuses et de la céphalée ; il a augmenté de poids et son état général est excellent. La guérison se maintient plus d'un an après la sortie de l'hôpital.

Rejetant l'hypothèse des gommes et de la sclérose du tissu cérébral, l'auteur s'arrête en fin de compte au diagnostic : épaississement local de l'épendyme du plancher du quatrième ventricule et troubles circulatoires du cervelet et du bulbe par suite d'endartérite. Ces lésions rendent pleinement compte des symptômes cliniques observés chez les malades et expliquent bien la rapidité avec laquelle ils ont cédé au traitement spécifique.

Zaguelmann.

REVUE DES LIVRES

A. Fournier. **L'hérédité syphilitique.** (*Leçons cliniques recueillies et rédigées* par P. Portalier. 1 vol. in-8° de 421 pages. Paris, G. Masson, éditeur, 1891.)

L'importante série de leçons que reproduit ce volume a trait, ainsi que le fait remarquer dès le début le professeur Fournier, à une question qui présente un triple intérêt, scientifique pratique et social. Il convient d'ajouter que cette question est à l'ordre du jour, et qu'elle y reste, grâce surtout aux incessants efforts de l'auteur de ces leçons qui est intervenu dans plus d'une discussion académique pour rappeler l'attention sur les dangers de l'hérédité syphilitique.

Le point de vue scientifique, c'est-à-dire les modes de transmission de cette hérédité, son pourquoi et son comment, sont exposés avec le souci de la clarté et ce luxe de détails précis qui caractérisent les ouvrages du professeur Fournier. Quant à la partie pratique, qui se confond en tant de points avec la partie scientifique, elle renferme une foule d'enseignements et de renseignements d'utilité journalière sur un sujet hérissé de difficultés et avec lequel tout médecin doit ou mieux devrait être familier pour ne pas être dérouté et pris au dépourvu par quelque événement grave exigeant une solution immédiate et engageant sa responsabilité.

L'hérédité syphilitique peut se traduire soit par des accidents de syphilis proprement dits, évoluant à une période plus ou moins rapprochée de la naissance, soit par une série d'accidents, auxquels le professeur Fournier donne le nom de parasyphilitiques et qui sont une cachexie fœtale aboutissant d'une façon ou d'une autre à rendre le fœtus incapable de vivre (d'où la mort *in utero* se traduisant par un avortement ou par la naissance d'avortons destinés à mourir à bref délai), des troubles dystrophiques généraux ou partiels, des malformations congénitales, des prédispositions morbides au premier rang desquelles se placent la prédisposition aux affections du système nerveux et la prédisposition aux affections scrofulo-tuberculeuses.

L'hérédité syphilitique peut dériver, soit de la syphilis de la mère, soit de la syphilis du père, soit de la syphilis des deux parents simultanément : l'influence de la syphilis paternelle, qui a été discutée, est suffisamment prouvée aujourd'hui ; elle est moins active que l'hérédité maternelle, mais peut s'exercer dans un nombre de cas bien plus considérable. D'après les observations recueillies par le professeur Fournier, les enfants provenant de mères syphilitiques meurent dans la proportion de 60 p. 100, ceux provenant de pères syphilitiques dans la proportion de 28 p. 100, ceux prove-

nant de deux parents syphilitiques dans celle de 68,5 p. 100 : la proportion des enfants atteints à un degré quelconque et sous une forme quelconque est de 84 p. 100, lorsque la mère est seule syphilitique, de 37 p. 100 lorsque le père est seul syphilitique, de 92 p. 100 lorsque les denx parents sont syphilitiques.

Cette effroyable tendance de la syphilis des parents à se transmettre à leurs enfants est atténuée par deux facteurs, le temps et le traitement. Ainsi, sur 562 grossesses où l'infection syphilitique s'est traduite d'une façon quelconque, 60 fois seulement elle s'est fait sentir après la sixième année de la syphilis des parents ; le terme le plus éloigné où le professeur Fournier ait constaté cette influence est la douzième et la quinzième année après l'infection syphilitique des parents ; cependant on l'a vu s'exercer au bout de dix-sept ans (Campbell), de vingt ans (Weil, Henoch). Aussi est-ce en général chez les enfants de syphilitiques secondaires qu'on observe la syphilis héréditaire, mais on peut quelquefois aussi l'observer chez les enfants de syphilitiques tertiaires.

Quant à l'influence du traitement, elle peut être permanente ou seulement transitoire et cesser de se faire sentir à une grossesse ultérieure, de sorte qu'on voit un enfant syphilitique naître après un enfant sain. Il est certain que les syphilis ignorées et par conséquent non traitées sont plus funestes, au point de vue des conséquences héréditaires, que les syphilis reconnues et traitées.

L'influence combinée du temps et du traitement est la meilleure sauvegarde dont nous disposions contre les effets de l'hérédité syphilitique, car une seule de ces deux influences peut être insuffisante. D'où la nécessité de ne permettre le mariage aux syphilitiques que lorsqu'il s'est écoulé depuis l'infection trois ou quatre années et que ces années ont été consacrées à un traitement actif de leur syphilis.

La gravité des conséquences héréditaires de la syphilis est quelquefois proportionnelle à celle de la syphilis dont dérivent ces conséquences, mais dans l'immense majorité des cas ce rapport n'existe pas et ce sont même le plus souvent les syphilis bénignes qui sont l'origine des manifestations héréditaires les plus pernicieuses, de même qu'elles sont l'origine fréquente de manifestations tertiaires.

La transmission de la syphilis peut se faire même lorsque au moment de la procréation aucun des deux géniteurs n'est affecté d'accidents syphilitiques, et même lorsque la syphilis est restée muette depuis longtemps ; cependant elle a plus de chances de se faire lorsque la procréation a lieu au cours ou au voisinage de poussées à accidents multiples.

Le fœtus issu d'un père syphilitique peut infecter sa mère : on a affaire alors à une syphilis qui se traduit d'emblée par des accidents généraux, sans chancre initial et sans bubon. Cette syphilis par conception peut se manifester par des accidents secondaires éclatant le plus souvent au cours des deuxième, troisième et quatrième mois de la grossesse ; elle peut rester latente et se traduire seulement par l'immunité qu'elle confère à la femme vis-à-vis de la syphilis. C'est ainsi que l'on doit se rendre compte du principe connu sous le nom de loi de Colles ou mieux, ainsi que l'a fait voir M. Fournier, loi de Baumès, pour respecter la vérité et la chro-

nologie, — principe d'après lequel un enfant syphilitique ne contagionne jamais sa mère. La syphilis conceptionnelle, après s'être traduite pendant l'allaitement uniquement par l'immunité de la mère, peut se traduire plus tard par des manifestations syphilitiques tertiaires. Cette syphilis conceptionnelle latente correspond probablement à l'introduction d'une petite quantité de virus, et peut être comparée à l'immunité pour le charbon que présentent, dans les expériences de MM. Straus et Chamberland, certains fœtus provenant de femelles atteintes de charbon, tandis que d'autres fœtus de la même portée ont manifestement le charbon.

Les lois de l'atténuation par le temps et par le traitement sont susceptibles d'exceptions : la transmission héréditaire peut se faire après un temps long et un traitement énergique, elle peut manquer au bout d'un temps court et après un traitement nul ou dérisoire; un sujet syphilitique non guéri peut engendrer des enfants sains. De même, on peut voir un enfant syphilitique naître après un ou plusieurs enfants sains sans que le traitement soit intervenu pour protéger ceux-ci, bien que le plus souvent ces alternances héréditaires soient la conséquence de l'influence thérapeutique.

Le pronostic de l'hérédité syphilitique est des plus noirs et sa mortalité infiniment supérieure à celle de la modalité la plus grave de la syphilis acquise, la syphilis cérébrale. Sur 500 ménages de sa clientèle entachés de syphilis, le professeur Fournier en relève 277 dans lesquels l'hérédité syphilitique s'est manifestée sous une forme quelconque : 1127 grossesses survenues dans ces ménages ont produit 600 enfants sains et survivants et 527 fois la syphilis s'est traduite soit par des avortements (230), soit par la mort des enfants peu après la naissance (245), soit par la naissance d'enfants syphilitiques mais survivants (38), soit par la naissance d'enfants dégénérés (14). Dans les hôpitaux, la proportion des morts est encore plus considérable : 86 sur 100 grossesses à Lourcine, 84 à Saint-Louis.

L'existence de la syphilis héréditaire à la seconde génération n'a rien d'impossible logiquement et *a priori;* un certain nombre de faits observés par le professeur Fournier la lui font considérer comme très probable, et c'est également l'opinion de MM. E. Besnier et Lannelongue; mais aucun des faits publiés jusqu'ici ne présente les garanties d'authenticité nécessaires pour la faire considérer comme définitivement démontrée : le fait le plus probant, celui de C. Boeck, serait pleinement démonstratif en raison des circonstances d'observation précise dans lesquelles il a été recueilli, s'il ne présentait une anomalie (naissance d'enfants sains avant la naissance de l'enfant syphilitique) qui lui ôte quelque peu de sa valeur.

La prophylaxie de l'hérédité syphilitique consiste surtout dans le traitement antisyphilitique et dans l'interdiction du mariage aux sujets atteints de syphilis trop récente. Lorsque, malgré cela, une grossesse est survenue du fait d'un père syphilitique, le traitement doit être prescrit à la femme si elle présente des accidents syphilitiques; dans le cas contraire, il est impossible de formuler une règle générale; cependant le traitement est indiqué lorsqu'il y a eu avant la grossesse actuelle une série de grossesses terminées par la naissance d'enfants chétifs morts rapidement ou d'enfants dûment syphilitiques. Il est même indiqué, lorsque l'on voit survenir chez

une femme plusieurs fausses couches non motivées, alors même que la syphilis du père sans être prouvée reste à l'état de suspicion : c'est là une règle de pratique dont Depaul, MM. Tarnier et Pinard ont eu plus d'une fois à constater l'utilité. De même, lorsque la syphilis du père est de date récente et a été insuffisamment traitée, la femme devra être soumise au traitement antisyphilitique. Par contre, le traitement est inutile chez une femme non syphilitique, lorsque la syphilis du mari est déjà ancienne, à plus forte raison lorsqu'elle a eu auparavant des enfants sains. Lorsqu'on est amené à administrer le mercure chez une femme non syphilitique, il est bon d'employer des doses inférieures à celles que l'on prescrit habituellement.

L'enfant né de parents syphilitiques doit être nourri par sa mère, pour laquelle il est toujours inoffensif, et non par une nourrice. S'il présente des accidents syphilitiques, il doit être soumis à un traitement spécifique, analogue comme direction et comme durée à celui de la syphilis acquise de l'adulte : c'est le seul moyen de le préserver pour l'avenir de manifestations syphilitiques nouvelles. GEORGES THIBIERGE.

OPPENHEIM. **Zur Kenntnis der syphilitischen Erkrankungen des centralen Nervensystems** (*Maladies syphilitiques du système nerveux central*). Broch. gr. in-8°, avec 4 planches. Berlin, 1890, chez A. Hirschwald.

La syphilis cérébrale a dans la plupart des cas son point de départ dans les méninges. Elle se présente le plus souvent sous la forme d'une néoplasie diffuse, plus fréquemment à la base du cerveau que sur sa convexité.

L'auteur décrit très en détail les lésions des méninges; le cerveau peut être intact ou bien présenter — ce qui est le cas le plus fréquent — un ou plusieurs foyers, principalement dans la région des gros ganglions. Il se produit aussi des hémorrhagies et des foyers de ramollissement; ces derniers s'observent plus fréquemment et ont une très grande importance Les artères de la base du cerveau sont dans ces cas toujours malades, lors même que, à l'œil nu, elles ne paraissent pas altérées. Le processus envahit aussi les racines des nerfs et particulièrement celles de l'oculo-moteur et du nerf optique. C'est notamment dans le tissu conjonctif lâche qui entoure le chiasma que la syphilis cérébrale s'établit, c'est habituellement, en ce point, qu'elle a son origine, de telle sorte que c'est au niveau du chiasma et dans son voisinage que l'on trouve les lésions les plus anciennes.

D'ordinaire la substance cérébrale n'est que légèrement atteinte, même au voisinage de la pie mère. Les conséquences les plus importantes pour le cerveau, mais qui se développent en des points éloignés de la base, sont les nécrobioses occasionnées par la thrombose des vaisseaux et l'hémorrhagie cérébrale qui résulte de leur rupture.

La symptomatologie de cette syphilis cérébrale diffuse de la base est sa caractéristique que l'on peut faire le diagnostic même en l'absence des commémoratifs et d'autres points de répère pour l'infection syphilitique.

Les symptômes sont les suivants : avant tout douleurs de tête, elles sont très vives par accès, mais n'ont rien de caractéristique ni quant à leur localisation ni quant à leur exacerbation momentanée; parfois elles sont plus fortes la nuit et vers le matin. Cette céphalée s'accompagne souvent de vomissements et de vertiges, de crampes et de syncopes. En général on constate une diminution de l'intelligence, une démence modérée, une diminution de la mémoire, et de l'apathie. Par contre, on n'observe pas dans ces cas de stupeur persistante, à marche constamment progressive qui est caractéristique pour le plus grand nombre des autres tumeurs intercérébrales.

D'autre part, il survient d'une manière intercurrente des troubles intellectuels : de la stupeur profonde durant plusieurs heures ou plusieurs jours, de la somnolence ou des périodes de violente excitation, avec trouble intermittent dans les idées et délire furieux. En outre, dans des cas typiques, on a très fréquemment observé de la polydipsie et de la polyurie.

En même temps que se développent ces phénomènes cérébraux, on voit survenir le plus souvent à leur suite et parfois les précédant des paralysies qui indiquent une lésion de certains nerfs du cerveau; le nerf optique et les nerfs des muscles de l'œil, principalement de l'oculo-moteur sont presque toujours et souvent même exclusivement envahis. Il se produit une paralysie ou une parésie de tout l'oculo-moteur ou de quelques-unes de ses ramifications, ou encore une partie des muscles oculaires est paralysée des deux côtés. Dans ces processus syphilitiques de la base, la paralysie n'atteint souvent que quelques rameaux; parfois les nerfs pupillaires sont seuls envahis, de sorte qu'il n'y a qu'une immobilité réflexe de la pupille.

Fréquemment le nerf olfactif est compris dans la néoplasie, aussi a-t-on plusieurs fois constaté de l'anosmie d'un seul côté ou des deux côtés. Le trijumeau est plus souvent encore envahi, surtout d'un côté, ainsi qu'en témoignent les douleurs névralgiques, la diminution de la sensibilité, plus rarement l'anesthésie totale dans l'une ou dans toutes les branches de la cinquième paire.

Mais, quelle qu'en soit la valeur diagnostique, tous ces phénomènes, en raison de l'instabilité des symptômes, de leurs alternatives, sont loin d'être aussi significatifs que le mode particulier d'évolution de la syphilis cérébrale.

L'hémiparésie ou l'hémiplégie sont des symptômes de la méningite gommeuse de la base; elles ne surviennent d'ordinaire qu'à une période avancée de la maladie, elles ont par conséquent une grande importance parce que leur apparition indique le début d'une nouvelle période dont le pronostic est beaucoup plus défavorable quoiqu'il ne soit pas absolument fatal.

Il n'est pas rare que, par suite de la participation prédominante de l'artère basilaire et des artères vertébrales, les lésions consécutives à la maladie des vaisseaux atteignent le pont de Varole et la moelle allongée et que par suite on voie survenir des symptômes bulbaires.

Telle est dans ses traits principaux la symptomatologie de cette méningite basilaire spécifique. La maladie persiste d'ordinaire pendant des années, présente des périodes d'exacerbation et de rémission, et, malgré la variabilité des symptômes, une marche assez typique.

La syphilis ne se limite que rarement à la moelle, le plus souvent elle revêt les caractères d'une maladie cérébro-spinale. Quant au diagnostic de la syphilis médullaire, il repose sur les lésions identiques d'une affection cérébrale correspondante ou sur leur constatation anamnestique. Dans la moelle, la syphilis a également d'ordinaire son point de départ dans les méninges; elle se présente presque toujours sous la forme d'une méningite gommeuse diffuse atteignant les trois membranes ou seulement l'arachnoïde et la pie-mère. Le processus envahit aussi les racines de la moelle et la moelle elle-même.

Cette méningomyélite gommeuse n'est pas la seule forme de la syphilis médullaire, mais elle est la plus fréquente, typique et sa nature spécifique est indiscutable.

Un point de repère important pour établir la nature syphilitique de la maladie de la moelle est la marche par poussées (Schubweisen Verlauf) de l'affection. Il faut noter aussi spécialement que la présence et que le degré d'intensité des phénomènes tendineux, principalement du réflexe rotulien, correspondent à cette variabilité de symptômes.

Comme troisième critérium, l'auteur signale les symptômes de la demi-paralysie de Brown-Séquard que l'on trouve signalés, au moins dans une partie des cas, à une période quelconque de la maladie.

Un quatrième facteur est représenté par les phénomènes bien connus de l'hyperesthésie, de la sclérose de la moelle et de douleurs névralgiques résultant de la lésion des méninges et des racines, phénomènes qui suivant le siège de la lésion se manifestent tantôt dans les nerfs intercostaux, tantôt dans la sphère des nerfs des membres, par une paralysie atrophique du bras ou une parésie des bras avec phénomènes spasmodiques ou encore des douleurs névralgiformes dans les nerfs des bras, plus les symptômes cérébraux; des troubles du sens de la température, isolés ou tout au moins très caractérisés.

Enfin le pronostic de la syphilis spinale ou cérébro-spinale est en général plus grave que celui de la syphilis purement cérébrale.

A. Doyon.

Proksch (de Vienne). — **Die Litteratur über die venerischen Krankheiten**, t. II et III, 2 vol. in-8, chez P. Hanstein. Bonn, 1890 et 1891.

Le premier volume de cet ouvrage a paru en 1889. J'ai déjà dit à propos de ce premier volume tout le bien que j'en pensais et les services que l'œuvre du savant bibliographe viennois était appelé à rendre à tous les travailleurs. Ces deux derniers volumes qui complètent l'ouvrage n'ont fait que me confirmer dans mon opinion première.

Le second volume comprend tous les travaux qui ont été publiés sur la blennorrhagie, les chancres et les bubons. Ces documents sont classés dans l'ordre méthodique le plus propre à faciliter les recherches, c'est-à-dire :

En premier lieu, les dissertations doctrinales, puis les articles relatifs à la pathologie et au traitement de la blennorrhagie en général.

L'auteur signale ensuite ce qui concerne les maladies consécutives et les complications de la blennorrhagie, étudiées à un point de vue général.

Puis viennent les publications sur les rétrécissements de l'urèthre : traités généraux, pathologie, traitement; maladies de la prostate, des glandes de Méry, des testicules, de l'épididyme, etc., la stérilité, la balano-posthite, le rhumatisme; la blennorrhagie chez la femme; l'endoscopie de l'urèthre et de la vessie.

Ce volume se termine par la nomenclature des ouvrages consacrés aux chancres, aux bubons, aux condylomes acuminés, au phimosis et au paraphimosis.

Le tome III renferme tout ce qui a été écrit sur la syphilis. Cette longue liste ne comprend pas moins de 750 pages! Ces innombrables indications sont, comme celles signalées dans les volumes précédents, groupées avec la même préoccupation des intérêts du bibliographe. Ainsi, pour ne donner qu'un exemple, les travaux concernant la syphilis viscérale sont classés d'après chaque organe en particulier. Une division analogue a présidé aux indications sur le traitement de la syphilis; les divers ouvrages sont répartis d'après chaque médicament ou chaque mode de traitement. Enfin les mémoires et livres consacrés à l'hydrargyrose constituent le dernier chapitre de ce troisième volume.

Partout enfin, pour simplifier, les divers articles de journaux, les brochures et les livres sont classés dans l'ordre chronologique.

Le Dr Proksch a réuni dans les 1720 pages que contiennent ces trois volumes tout ce qui a été écrit sur les maladies vénériennes depuis la fin du xve siècle jusqu'au milieu de 1889. On peut se rendre compte, en jetant un coup d'œil sur ce sommaire, de la somme de travail, des recherches minutieuses, enfin de tout ce qu'il en a coûté à l'auteur pour mener à bien une semblable entreprise. Tous ceux qui s'occupent des maladies vénériennes rendront grâce à l'érudit, au bibliophile qui a voué son temps à une œuvre aussi utile et d'une aussi réelle valeur : ce livre est donc aujourd'hui le *vade-mecum* de tout syphiligraphe. Disons en terminant que l'éditeur mérite aussi sa part d'éloges pour le soin consciencieux et la netteté parfaite qu'il a apportés à l'exacte distribution de tant de matériaux, à la mise en relief des divisions selon leur degré respectif d'importance.

Nous n'avons plus que deux vœux à exprimer :

1° Que l'auteur fasse paraître de temps à autre, et en temps utile, un supplément pour tenir son œuvre au courant;

2° Que, encouragé par ce brillant succès, il nous donne dans l'avenir le complément pour ainsi dire obligé de ce premier essai, en payant le même et non moins indispensable tribut à la spécialité sœur, c'est-à-dire en publiant la littérature des maladies de la peau.

L'œuvre du Dr Proksch est une de ces entreprises essentiellement très méritoires que l'on est d'autant plus louable de mener à bonne fin qu'on est sûr de pouvoir compter sur la reconnaissance des contemporains, bien plus que sur une gloire durable.

A. Doyon.

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Typ. G. Chamerot, 19, rue des Saints-Pères. — 27513.



TRAVAUX ORIGINAUX

UN CAS D'ACTINOMYCOSE DE LA FACE

Par MM. **J. Darier** et **G. Gautier.**

PLANCHE II

—

(*Communication à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.*)

La malade que nous présentons est atteinte d'une maladie aujourd'hui bien connue et assez fréquemment diagnostiquée à l'étranger, mais qui paraît être rare dans notre pays. Nous ne connaissons, en effet, qu'un nombre fort restreint d'observations d'*actinomycose chez l'homme* publiées en France (1).

Notre malade, âgée de vingt-cinq ans, est originaire de Kirn, près Kreuznach (Prusse), mais elle habite Paris depuis sept ans et exerce le métier de cuisinière. Ses parents étaient bouchers et jouissaient d'une bonne santé, ainsi que ses frères et sœurs; elle n'a pas connaissance qu'aucune maladie analogue à la sienne ait été observée dans son pays. Elle-même a toujours été bien portante; elle est mariée depuis le mois de mai 1890; son mari, que nous avons vu, est fourreur et ne présente rien d'anormal. Elle ne connaît personne dans son entourage qui ait été atteint d'abcès ou d'une maladie quelconque qui puisse faire songer à une contagion.

Le début de la maladie actuelle remonte aujourd'hui à neuf mois environ, c'est-à-dire aux premiers jours d'octobre 1890. Mais, au commencement de l'année dernière, s'est produit un incident qui mérite d'être signalé ; elle eut, en effet, au mois de janvier 1890, un abcès dentaire, qui se développa au-dessus de la deuxième incisive supérieure droite, laquelle est le siège d'une carie qui en a détruit le tiers antérieur. Deux molaires de la mâchoire inférieure, à gauche, sont également cariées.

Cet abcès dentaire se développa sans grande douleur, s'ouvrit spontanément le neuvième jour et guérit très simplement. Il ne s'est pas repro-

(1) Observations anciennes de Lebert et de Robin (citées in Thèse de Ed. Cart, 1890). — Plus récemment : Cas de Lucet et Nocard (Ac. de méd., 21 août 1888). — Deux cas de Doyen (Congrès français de chirurgie), Paris, 1er avril 1891.

duit et n'a été suivi ni de fistule, ni d'induration ; la malade ne pensait plus à ce petit accident, dont nos questions ont seules évoqué le souvenir.

Au commencement d'octobre, étant enceinte de deux mois et demi, elle remarqua pour la première fois quelque chose d'anormal dans sa joue droite; ses réponses relatives à cette période du début sont très précises. Elle sentit d'abord une petite « grosseur », du volume d'un pois, en pleine joue et, plus précisément, à 6 centimètres en arrière et un peu au-dessus de la commissure des lèvres. Cette « grosseur » était profonde, sous-cutanée, plus voisine de l'os que de la peau, au dire de la malade, mobile cependant sur le plan osseux; on ne pouvait l'atteindre avec le doigt introduit dans la bouche ; il n'y avait pas de gonflement ni de douleur, mais seulement un peu de gêne et quelques élancements.

Cette « grosseur » a lentement augmenté de volume en se rapprochant de la peau. Trois semaines après le début, un médecin, consulté, adressa la malade à un chirurgien de l'Hôtel-Dieu, mais elle refusa d'entrer dans son service. Au bout d'un mois, la tumeur adhérait nettement à la peau, qui devint rouge à son niveau; mais la tumeur « était plus grosse dans la profondeur qu'à la surface ». On aurait pu prendre à ce moment la lésion pour un abcès, la peau étant, à sa surface, rouge, tendue et brillante ; en effet, il se fit spontanément une ouverture au dehors, qui laissa écouler un peu de pus, sans pour cela que la masse diminuât notablement de volume.

Peu de temps avant l'ouverture de ce premier abcès, la malade avait constaté que tout autour s'étaient développées ce qu'elle appelle des « petites boules », assez profondes, mais adhérant bientôt à la peau, et la faisant saillir quelque peu. Ces petites tumeurs devinrent rouges et brillantes, puis jaunes à leur centre et se vidèrent au dehors, soit d'elles-mêmes, soit à la suite d'une incision; mais souvent l'incision ne donnait issue qu'à un peu de sang. A cette période la lésion donnait lieu à des douleurs assez vives, surtout à la pression. Sous l'influence d'un traitement calmant, cataplasmes et pommade boriquée, il sembla à la malade que la lésion diminuait d'étendue par en bas tandis qu'elle gagnait du côté de la paupière.

Le 5 décembre 1890 la malade est adressée par M. le Dr Mérijot, qui la soignait, à M. le professeur Fournier, avec prière de donner son avis sur le diagnostic. M. Fournier écarte résolument et d'emblée, sur le seul examen objectif, l'hypothèse d'une lésion de nature syphilitique; il n'accepte le diagnostic de lupus anormal ou lésion scrofulotuberculeuse qu'avec les plus extrêmes réserves et confie la malade à l'un de nous pour faire une étude approfondie du cas; avec sa libéralité habituelle notre maître a bien voulu nous autoriser à publier cette observation.

A ce moment on note l'état suivant :

La lésion a l'aspect d'une plaque rouge mamelonnée qui occupe la joue droite presque tout entière; elle occupe une étendue de 9 centimètres et

demi de hauteur sur 6 centimètres et demi de large ; ses limites répondent au bord inférieur de l'orbite en haut, au sillon nasogénien en dedans ; en bas, elle s'arrête au niveau d'une ligne qui suit le bord supérieur du maxillaire inférieur, en dehors elle ménage entièrement la pommette. La surface est d'un rouge violacé, de la couleur de certains lupus ; elle est recouverte en quelques points par de larges squames. La région est peu saillante dans son ensemble, mais on y remarque une demi-douzaine d'élevures hémisphériques, ou mamelons, mesurant en moyenne un centimètre de diamètre ; quelques-unes sont ulcérées à leur sommet et recouvertes d'une petite croûte. Ces parties saillantes sont molles au toucher et plus ou moins nettement fluctuantes ; elles reposent sur une base très dure, de consistance cartilagineuse ou presque ligneuse ; on perçoit au palper que cette tumeur dure a une étendue plus grande encore que celle de la plaque rouge de la peau ; elle la dépasse tout autour, et notamment en bas et en dehors, d'un demi-centimètre environ. Cette large masse indurée n'est nullement mobile sur le squelette, elle adhère manifestement et largement à toute la face antérieure de l'apophyse transverse ou pyramidale de l'os maxillaire supérieur. Elle n'est pas très nettement limitée sur ses bords ; la paupière inférieure, surtout dans sa moitié externe, est le siège d'une infiltration molle, œdémateuse, donnant la sensation d'une fausse fluctuation, et la peau de toute la paupière est d'un rouge pâle. La température locale est notablement élevée.

Toute la lésion est très douloureuse au contact, mais les douleurs spontanées sont modérées ; la malade n'éprouve que des élancements qu'elle compare à ceux qui se produisent dans un abcès en voie de formation. Il n'y a pas de douleurs névralgiques à proprement parler, notamment dans la sphère du nerf sous-orbitaire ; pas de douleurs irradiées dans les dents.

En explorant la région avec un doigt introduit dans la bouche, on constate qu'il y a une certaine épaisseur de tissus sains, parfaitement souples, interposés entre la muqueuse de la joue et la tumeur.

La muqueuse conjonctivale et les fosses nasales sont parfaitement saines ; il n'y a ni larmoiement ni écoulement nasal. Il est remarquable et important à noter que les ganglions lymphatiques correspondants, sous-maxillaires et parotidiens, sont tout à fait indemnes.

L'état général de cette jeune femme est excellent. Elle est enceinte d'environ cinq mois et ne se plaint d'aucun malaise. A l'examen complet de l'appareil respiratoire, du cœur, du tube digestif, on note un état absolument normal ; toutes les fonctions se font bien.

L'enquête sur des antécédents pathologiques éventuels donne un résultat complètement négatif ; rien qui puisse faire songer à la syphilis, rien de suspect au point de vue de la tuberculose. Il n'y a, actuellement, ni fièvre, ni frissons, ni amaigrissement notable.

Après cette revision de l'état de la santé générale de notre sujet, nous revenons à l'examen de la lésion locale.

En incisant les saillies fluctuantes que l'on voit à la surface de la tumeur de la joue, ou en détachant la croûte qui recouvre celles qui sont ulcérées, on constate qu'il s'écoule des plus molles d'entre elles quelques gouttes

de pus blanc, crémeux, bien lié. D'autres, quoique nettement fluctuantes, ne donnent à l'incision qu'une très petite quantité de liquide louche, de consistance gommeuse, qui sort difficilement et se strie de sang, si l'on insiste en comprimant les bords de l'incision. En somme, les petits abcès se vident mal, le pus paraît s'être collecté au sein d'un tissu charnu ou fongueux qui saigne facilement et dont la pression est très douloureuse pour la malade.

Le pus est recueilli pour l'examen microscropique. En l'étalant entre deux lamelles, on remarque qu'il contient des grains arrondis, blancs, ou d'un blanc jaunâtre, opaques, qui s'écrasent sans grande difficulté quand on les comprime. Les plus gros ont le volume d'une graine de tabac ou d'une petite tête d'épingle; les plus petits sont à peine visibles à l'œil nu. Pour les recueillir à l'état d'isolement presque complet, nous avons étalé le pus en couche mince sur une lame de verre, pour l'examiner avec un faible grossissement, ou bien nous l'avons dilué dans de l'eau salée; les grains opaques gagnent alors le fond du récipient et on peut les prendre avec une aiguille. Chaque goutte de pus en contient environ une dizaine, ou une quinzaine, de dimensions variables. Si l'on porte ces grains sous le microscope dans une goutte d'eau salée, en recouvrant d'une lamelle, mais sans les écraser, le milieu de la petite masse n'offre qu'une image confuse, vaguement granuleuse; mais sur les bords on voit des filaments qui ont nettement une disposition rayonnée ; si l'on écrase alors, quelques-uns de ces filaments se détachent et on en aperçoit qui nagent dans la préparation, sous forme de petites massues, dont l'extrémité renflée est libre, tandis que leur bout effilé reste souvent soudé à des filaments semblables, et le tout figure ainsi un petit éventail.

Il était facile de reconnaître à cet aspect que nous avions affaire à des grains d'*actinomyces;* il nous suffira ici d'avoir sommairement esquissé l'apparence de ce parasite qui a été tant de fois si bien décrit et figuré par les auteurs. Nous ajouterons seulement qu'il nous a été facile d'en obtenir des préparations colorées, très démonstratives, par la méthode de Gram ou celle de Weigert, ou par la safranine, selon les indications de Babes; nous en mettons un certain nombre sous les yeux de la Société, et, d'autre part, un certain nombre de tubes de cultures de l'actinomyces, dues à l'obligeance de M. le Dr Djelal Moukhtar, et dont la graine provient de l'Institut Pasteur.

Nous avons nous-même, récemment, recueilli du pus pour le soumettre à des expériences de culture et d'inoculation aux animaux. Ces expériences sont encore en voie d'exécution; nous rendrons compte ultérieurement des résultats auxquels nous serons arrivés, la présente communication ayant uniquement pour objet de rapporter l'histoire clinique du cas que nous avons observé.

Peu de semaines après que la malade se fût présentée dans le service de M. le professeur Fournier, elle fut adressée par son médecin à M. le docteur Gautier pour être soumise à un traitement spécial dont nous allons parler. A ce moment le mal s'était encore étendu; des éminences fluctuantes avaient apparu dans la paupière inférieure, et d'autre part le prolongement sous-cutané que nous avons signalé du côté de l'angle de la

mâchoire avait adhéré à la peau et donné lieu, là aussi, à des saillies d'un rouge violacé tendant à l'ulcération. On peut se rendre compte de l'aspect que présentait la lésion à ce moment, en jetant les yeux sur ce dessin, fidèlement exécuté par M. Leuba (*voir* Planche II).

A la fin de décembre, M. Gautier, ayant essayé sans succès l'électrolyse simple, commença l'application du traitement électrochimique dont il est l'auteur[1]. La méthode repose sur la décomposition d'une solution d'iodure de potassium au 1/10e, en corps naissants, iode et potasse, par le courant de pile. Pour obtenir ce résultat, l'auteur, dans le cas actuel, a implanté deux aiguilles de platine dans les nodules de la tumeur et avec une seringue il a injecté toutes les minutes, pendant l'opération, quelques gouttes de la solution iodurée. Les deux aiguilles étaient reliées aux deux pôles de la batterie. Le traitement a été fait sous le chloroforme, en 3 séances de 20 minutes chaque, à 8 jours d'intervalle, avec une intensité de 50 milliampères.

Au mois de janvier il fut interrompu dans la crainte de compromettre l'évolution normale de la fin de la grossesse. Dans la quinzaine qui suivit la dernière application électrique, on vit survenir un abcès de la lèvre supérieure qui s'ouvrit entre la gencive et la lèvre. Cet abcès a été provoqué sans doute par une petite eschare des tissus profonds qui s'est ainsi éliminée par la muqueuse buccale.

Le 22 mars, la malade accoucha à terme d'une petite fille assez chétive, mais non malade, qui est aujourd'hui en bon état.

Le 7 mai on appliqua une dernière fois le traitement sur un petit nodule qui subsistait vers l'angle interne de la paupière inférieure, et dont on put extraire un peu de pus contenant des grains d'actinomyces.

Le 25 mai, voici dans quel état nous trouvons la lésion : La joue droite tout entière est occupée par une tache mesurant 13 centimètres de long sur 7 de large; sa surface est dans son ensemble d'un rouge violacé, et l'on y remarque de petits vaisseaux dilatés et des cicatrices plus claires, rayonnées, correspondant aux piqûres électrochimiques. Près de l'angle de la mâchoire se trouvent deux élevures d'apparence chéloïdienne. Toute la joue est chaude au toucher, mais les tissus en sont souples, la mobilité sur le squelette est normale; on ne sent plus d'induration qu'au niveau des cicatrices rayonnées, sous forme de petits nodules fibreux superficiels. Il n'y a plus de suppuration nulle part. L'état général est excellent.

Depuis ce moment jusqu'à ce jour (11 juin 1891), il n'y a pas de modification importante à signaler, si ce n'est que la coloration de la lésion a manifestement une tendance à redevenir plus normale; chaque semaine sa couleur rouge est moins sombre. En somme, la malade nous semble guérie; mais elle devra être soumise à une surveillance prolongée au point de vue d'une récidive possible.

Quelques points de cette observation nous paraissent mériter d'être mis en lumière et pourraient donner lieu à des considérations

(1) Voir la *Revue internationale d'électrothérapie*, 2e année, nos 8-10.

intéressantes. Le premier de ces points est relatif à l'étiologie. Notre jeune malade est née et a été élevée dans un pays où l'actinomycose est, paraît-il, relativement fréquente chez les animaux et chez l'homme; ses parents étaient bouchers et elle-même se trouvait journellement en contact avec la viande. Mais elle a quitté l'Allemagne depuis sept années et n'y est pas retournée, ayant pendant ce temps toujours habité Paris. Il nous semble bien difficile d'admettre une aussi longue incubation pour une maladie dont nous avons pu constater la très rapide évolution. Nous pensons donc que nous avons eu affaire à un cas d'actinomycose contracté en France, à Paris, mais nous n'avons en aucune façon pu en déterminer l'origine par contagion ou par infection. Ayant égard aux faits assez nombreux qu'on a publiés, dans lesquels l'agent infectieux paraît avoir eu pour véhicule des épis de graminées, nous avons interrogé notre malade dans ce sens sans recueillir aucun renseignement utile. Nous ne voyons pas non plus d'où aurait pu provenir la contagion.

Les rapports qui existent entre cet abcès dentaire que nous avons signalé chez notre malade, et le développement ultérieur de l'actinomycose, sont également difficiles à interpréter. L'étiologie bien nette, l'évolution très simple, la guérison rapide et complète de cet abcès, ainsi que la longue période, de plus de neuf mois, qui s'est écoulée jusqu'à l'éclosion de la première tumeur actinomycosique, nous font mettre en doute la relation entre ces deux accidents pour le cas actuel. Nous savons cependant que dans nombre d'observations cette relation a paru beaucoup plus directe et a été admise, probablement à juste titre.

Quant au diagnostic des lésions actinomycosiques, en général, il est absolument facile à établir par la constatation du parasite, pour peu que l'on songe à examiner le pus ; mais encore faut-il que l'on soit conduit à faire cet examen par quelque particularité clinique, montrant que la maladie que l'on observe ne rentre pas dans le cadre de celles qui se présentent journellement. Dans le cas actuel ces particularités existaient; il s'agissait d'une lésion localisée, du derme et du tissu cellulaire sous-cutané, en face de laquelle on ne pouvait songer ni à un abcès simple, ni à une tumeur maligne, ni à la morve, dont les lésions sont bien plus ulcéreuses; le diagnostic de syphilis, et, dans l'espèce, de syphilide tertiaire tuberculo-ulcéreuse, pouvait, comme on l'a vu, être écarté d'emblée par l'aspect objectif; la couleur rouge vif, la mollesse des nodosités saillantes, l'état fongueux des petites ulcérations qui étaient peu destructives, l'absence de tout signe rationnel de syphilis, conduisaient plutôt à incriminer la scrofulotuberculose. Mais le lupus tuberculeux vulgaire reste limité au derme et aux tissus immédiatement sous-jacents; il s'ulcère, mais ne donne pas lieu ordinairement à la formation d'abcès ayant comme

ici le volume de petites noisettes. Il est pourtant des formes de lupus atypiques et notamment la forme suppurative décrite par MM. Hallopeau et Wickham au Congrès de la Tuberculose de 1888 qui ont un aspect plus voisin de celui de notre cas d'actinomycose. Les auteurs que nous citons signalent l'engorgement des ganglions, qui formaient à leur malade une sorte de collier; il n'existait dans leur cas pas de tumeur profonde adhérente au squelette comme chez notre malade; l'évolution de ce lupus s'était étendue sur une période de quatre ans; enfin le pus extrait des petits abcès contenait le bacille de Koch à l'état de pureté.

En somme, nous pensons que si l'actinomycose est bien plus rarement diagnostiquée en France que dans d'autres pays, cela tient moins à une confusion avec d'autres affections, confusion qui n'eût guère été possible dans notre cas, qu'à la rareté réelle de la maladie chez nous.

Nous tenons à insister encore sur la rapidité remarquable avec laquelle a évolué la lésion que nous avons observée; en deux mois, elle avait atteint son apogée; chaque nodule se développait et suppurait en quinze jours environ; l'envahissement des tissus voisins était aussi prodigieusement actif, ainsi qu'on peut en juger en comparant notre description de l'état au 5 décembre avec notre dessin qui a été exécuté deux semaines plus tard. Rapidité relative de l'évolution, envahissement qui semble ne pas tenir compte de la différence des tissus et en tous cas ne se cantonne pas à certains d'entre eux, tendance rapide à la suppuration, tels nous semblent être les caractères des lésions actinomycosiques chez l'homme.

Enfin nous relèverons encore l'efficacité du traitement qui a été employé dans notre cas, traitement qui, quoique compliqué et nécessitant l'emploi du chloroforme, ménage les tissus plus qu'une intervention chirurgicale et a donné une cicatrice satisfaisante. Nous n'avions à traiter il est vrai qu'une lésion localisée et facilement accessible; l'avenir nous apprendra si la guérison va se maintenir, soit au point de vue local, soit à celui d'une généralisation possible.

EXPLICATION DE LA PLANCHE II

Aspect de la lésion vers la fin de décembre 1890. — On remarquera l'étendue de la plaque rouge, et les tumeurs hémisphériques de différents diamètres qui font saillie à sa surface; en bas, vers l'angle de la mâchoire, quatre nodosités, qui ont été déjà attaquées par le traitement, sont en partie escharrifiées et recouvertes de croûtes.

NOTE PRÉLIMINAIRE

SUR LES INJECTIONS HYPODERMIQUES, A HAUTE DOSE D'HUILE SIMPLE OU MÉDICAMENTEUSE,

DANS LE TRAITEMENT DE QUELQUES AFFECTIONS TUBERCULEUSES OU AUTRES, ET PARTICULIÈREMENT A PROPOS DES ACCIDENTS QUI PEUVENT ÊTRE OBSERVÉS AU COURS DE CES INJECTIONS

Par **M. Ernest Besnier.**

(*Communication à la Société française de Dermatologie.*)

Dans deux communications pleines d'intérêt, faites à la Société de Dermatologie aux mois de mars et d'avril de cette année (1), notre savant collègue M. Burlureaux a établi que l'on pouvait injecter, chaque jour, dans l'hypoderme des doses considérables d'huile simple, ou médicamenteuse, qui étaient parfaitement tolérées et digérées sur place.

Non seulement, dans ces conditions, on peut introduire dans l'économie, en réservant les voies gastriques, des quantités considérables de matière grasse, et en faire arriver aux néoplasmes, mais encore cette huile peut permettre d'introduire, sans dommage local, des doses médicamenteuses jusque-là inusitées et inapplicables.

Il est aisé de concevoir que les applications de cette médication peuvent être considérablement étendues, et qu'il y a, vraisemblablement, bénéfice à la mettre en pratique chez quelques-uns des nombreux incurables que nous conservons dans nos services.

C'est à cette catégorie de malades que j'ai jugé utile d'appliquer d'abord la médication par motif d'humanité ; les cas simples et bénins feront l'objet d'une autre série pour laquelle il n'y a pas la même urgence.

Les malades mis en traitement par moi ont été : un cas de tuberculose pulmonaire arrivant à la période infectieuse ; un cas de

(1) Note sur la tolérance et la digestion de l'huile à haute dose par le tissu cellulaire sous-cutané, *Bull. de la Société française de Dermatologie*, mars 1891, p. 106, et Traitement des tuberculoses ganglionnaires par les injections d'huile créosotée à haute dose, *eod. loc.*, avril 1891, p. 149.

gommes scrofulotuberculeuses généralisées avec pleurésie tuberculeuse ; un cas de scrofulotuberculose grave du pharyngo-larynx ; un cas de lupus tuberculeux du visage chez une femme âgée, avec sommets douteux ; un cas d'adénopathie tuberculeuse typique du col ; et enfin deux cas de sclérodermie, dont l'un arrivé à la période viscérale avec lésions palmaires.

Il ne saurait être question, aujourd'hui où ces études ne datent que de peu de semaines, de parler des résultats curatifs proprement dits ; la présente note n'a pas d'autre but que de maintenir à l'ordre du jour de la Société la question qui y a été si brillamment apportée par M. Burlureaux, et aussi d'appeler l'attention sur quelques accidents qui peuvent survenir au cours de la médication.

Il a suffi de peu de temps pour s'assurer qu'à la condition expresse d'avoir recours à une huile chimiquement pure et stérilisée, les injections faites dans les conditions précisées par M. Burlureaux ne donnaient lieu à aucun accident local proprement dit. La douleur qui existe chez quelques malades a toujours été légère ; et aucun d'eux n'a eu ni suppuration, ni abcès, ni nodosité, ni douleur persistante.

Un seul cas de lymphangite légère a été relevé ; mais, dans cette observation, au lieu d'avoir été faite avec l'huile créosotée, servant aux autres malades (1), l'injection avait été pratiquée avec de l'huile simple, très correctement stérilisée, mais qui n'avait pas été épurée par le lavage à l'alcool à chaud (2).

Donc ce point est fixé ; ainsi que l'a dit M. Burlureaux, à la condition de se conformer aux préceptes de l'asepsie et de ne se servir que d'huiles parfaitement pures, on peut injecter chaque jour, sans aucun dommage local, dans l'hypoderme, des doses d'huile simple ou médicamenteuse de 50 à 100 grammes en moyenne et même beaucoup plus élevées.

Malgré la catégorie particulièrement défavorable de malades choisis volontairement par moi, je m'empresse de dire que la même innocuité se retrouve au point de vue des *actions à distance* sur les lésions tégumentaires des organes sains. Mais sur les *viscères altérés* et sur le *poumon*, il y a des réserves formelles à faire ; et il peut survenir des accidents d'une extrême gravité dans des conditions exceptionnelles, il est vrai, mais qu'il est nécessaire de connaître.

1° *Lésions tégumentaires.* — Les tubercules lupiques, les gommes scrofulotuberculeuses sont *actionnés* par les injections d'huile créo-

(1) L'huile créosotée dont nous nous servons a été fournie sur ma demande, au prix coûtant, avec le plus grand empressement, par la maison Champigny, qui a droit à tous nos remercîments.

(2) Cf. Choay, Note sur les huiles créosotées pour injections sous-cutanées (*Société de médecine de Paris*, séances du 16 et 23 avril 1891).

sotée, modérément pour le lupus qui se congestionne visiblement; favorablement pour les gommes ouvertes dont la cicatrisation a paru activée. Mais chez une même malade où ces améliorations se produisaient, une gomme profonde huméro-cubitale a subi une *action d'acuité* qui rend, à bref délai, l'intervention chirurgicale nécessaire. Nous ne saurions affirmer que cela doive être rapporté au fait des injections, mais nous sommes porté à le croire.

Quant aux ganglions tuberculeux aphlegmasiques, à la dixième injection et à la dose de 60 grammes, ils n'ont encore manifesté aucune réaction irritative.

Organes sains en général. — Rien d'appréciable; aucun incident. Les urines ne sont pas devenues noires et elles n'ont jamais présenté d'albumine ni de sang.

La santé générale paraît bénéficier des injections et n'éprouver aucun accident en dehors des accidents que nous allons relater : cela est constant pour toutes nos observations personnelles.

Viscères altérés, et appareil pulmonaire en général. — Nulle action apparente dans un cas de pleurésie tuberculeuse en voie de résolution après ponctions réitérées, mais, dans un cas de tuberculose pulmonaire en apparence torpide, nous avons vu survenir des accidents graves et subits qui ont, menacé immédiatement la vie de la malade dans les conditions que je vais rapporter en quelques mots.

Au douzième jour de la mise en traitement, et lorsque la plupart de nos malades atteignaient sans aucun accident local ou général la dose de 40 à 60 grammes d'huile créosotée, c'est-à-dire la dose effective de 2 à 4 grammes de créosote par jour, une malade qui avait reçu la veille 55 grammes d'huile et qui était très heureuse de l'augmentation de force qu'elle avait acquise, présenta, dès le commencement de l'injection, des troubles inusités.

Il s'agit d'une femme de quarante ans, atteinte de tuberculose pulmonaire à forme torpide évoluant depuis un assez grand nombre d'années, et qui était venue à l'hôpital Saint-Louis pour une ulcération tuberculeuse toute récente et superficielle de la langue, qui avait rapidement cédé au traitement local par l'acide lactique pur. Comme elle était entrée dans la période d'infection, que des altérations laryngées s'étaient manifestées en même temps que l'inoculation linguale, et qu'elle n'avait pas une forme hémorrhagique, en même temps que la fonction rénale était normale, elle me parut tout à fait en mesure de bénéficier de la médication nouvelle, et l'événement semblait justifier cette décision, puisque les onze premières injections qui l'avaient amenée à la dose de 55 grammes avaient été chez elle aussi dépourvues d'incidents que chez les autres malades. Le jeudi 28 mai, jour de la onzième injection, elle s'était levée, avait travaillé à faire les lits de ses voisines, mais s'y était peut-être un

peu fatiguée ou refroidie ; de plus, elle arrivait à l'époque menstruelle.

A peine l'injection était-elle commencée qu'elle accusa un mauvais goût dans la bouche et qu'elle eut un peu de congestion de la face et une quinte de toux. La religieuse très expérimentée qui faisait l'injection voulut l'interrompre, mais la malade était tellement heureuse des résultats déjà acquis qu'elle insista énergiquement pour que la dose entière fût atteinte, et 60 grammes furent injectés. Presque aussitôt après, état syncopal très grave, pâleur, dyspnée suffocante. A la fin de la journée, congestion pulmonaire intense des deux poumons. Le second jour, mêmes phénomènes : orthopnée. Le troisième jour, la congestion pulmonaire, diminuant partout, laisse se démasquer un point pneumonique du sommet gauche avec souffle tubaire, râles crépitants, expectoration rouillée rosée, sanguinolente ; l'état général est très grave : subdélire, incontinence d'urine, arhythmie et tachycardie ; hypothermie ininterrompue depuis le début ; mort semblant imminente. Le quatrième jour, l'état était un peu moins grave, les phénomènes stéthoscopiques de broncho-pneumonie très nets et étendus à tout le poumon gauche ; expectoration rouillée commençant à être aérée ; et le souffle cessait d'être perçu ; au neuvième jour, hémiparésie droite passagère, mais résolution presque complète de la broncho-pneumonie et retour de l'expectoration ordinaire. Au dixième jour, l'incident pouvait être considéré comme terminé dans ses suites immédiates.

Assurément des accidents de cet ordre peuvent être observés sur des tuberculeux, traités ou non ; mais, ici, l'instantanéité de phénomènes généraux dès le début de l'injection, l'atteinte grave rapidement portée, ne permettent pas de penser qu'il s'agisse d'une simple coïncidence.

Le second cas, observé en ville, est relatif à une fillette de onze ans, traitée pour une adénopathie suppurée de la région cervicale, arrivée sans aucun incident à la trentième injection — dose 20 grammes — et qui éprouva, *dès le début* de cette injection, *une douleur épigastrique rétrosternale*, *une vive altération des traits du visage*, et fut prise d'une *toux quinteuse avec expectoration muqueuse, gommeuse*, *abondante*, dont la quantité peut être évaluée à un quart de litre. On n'avait relevé chez cette malade avant les injections aucune lésion pulmonaire, et il n'en existe aucune trace un mois après. La crise a été assez violente ; elle a duré environ soixante-douze heures, causant un trouble considérable et *une altération accentuée de l'état général.* Au bout de cinq à six jours l'état antérieur est revenu, et la malade est dans un état certainement meilleur qu'avant le début des injections.

Quelle est la cause immédiate de ces accidents ? S'agit-il d'une

simple irritation médicamenteuse portée sur le poumon? d'une action sur les centres nerveux? d'une pénétration directe dans le sang et d'embolies graisseuses? ou d'intoxication créosotée directe? Cette dernière hypothèse est la seule qui semble bien cadrer avec l'instantanéité des accidents, leur apparition dès le début de l'injection, et leur terminaison favorable, malgré l'extrême gravité de ces accidents. Ce n'est pas au fait de l'introduction de l'huile dans les veines que nous les rapportons, c'est à la pénétration directe de la créosote dans le système veineux, car on sait, depuis les expériences de O. Weber et de E. von Bergmann en 1864-1865, qu'il faut des quantités considérables de graisse liquide introduites dans la circulation veineuse pour produire la mort subite ou des accidents durables; et, dans nos observations, il ne faut pas oublier que l'huile ne pénètre qu'avec une grande lenteur.

Ce que je tiens à dire, en terminant, c'est que ces accidents qui ne tiennent, dans notre pensée, qu'à une défectuosité du *procédé*, restent très exceptionnels et ne sont pas de nature à compromettre ni la médication ni la méthode : ils sont seulement de nature à faire multiplier les précautions et les mesures de prudence.

En ce qui me concerne, j'ai continué l'application, et j'ai simplement modifié le *procédé* en reprenant la pratique que j'avais autrefois instituée à propos des injections hypodermiques de chloroforme, d'introduire l'aiguille *démontée*, et de ne la raccorder au tube conducteur d'huile qu'après s'être assuré par un moment d'observation qu'il ne s'écoule pas de sang par la canule. On pourra ainsi, je l'espère, éviter l'introduction directe dans le système veineux.

Si l'on prend soin en outre de ne pas faire l'injection si le malade est mal disposé, pour un motif quelconque, *et de la suspendre au moindre malaise,* on évitera, je pense, le retour d'accidents aussi graves que ceux que je viens de rapporter.

OBSERVATION D'ALOPÉCIE DU CUIR CHEVELU ET DE LA BARBE AVEC STRIATION TRANSVERSALE DES ONGLES

A LA SUITE D'UN SÉJOUR DANS LES PAYS CHAUDS

Par le Dr **P. Jardet** (de Vichy),

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Pendant un voyage de trois mois dans l'Amérique du Sud, j'ai entendu dire plusieurs fois que les nouveaux arrivants dans les pays chauds perdaient leurs cheveux, comme après une maladie grave. Je n'avais attaché aucune importance à ces faits, et je ne m'en serais probablement jamais inquiété, s'il ne m'était arrivé à moi-même de perdre mes cheveux et de voir tomber ma barbe au retour de ce voyage que je fis du mois de janvier au mois d'avril, c'est-à-dire au moment de la grande chaleur dans l'hémisphère austral.

Depuis mon enfance jusqu'à trente ans, j'ai conservé une chevelure plutôt bien fournie, de couleur châtain clair. Mes cheveux sont en général raides, plats et assez rebelles à toute espèce de direction. Ils ne sont jamais tombés ni spontanément, ni à la suite de maladie. Ma peau est blanche, fine comme chez les blonds et se congestionne assez facilement sous l'influence de la chaleur.

Depuis le 28 février, date de mon arrivée à Pernambouc, jusqu'au 23 mars, j'ai vécu, constamment dehors et presque toujours au soleil, j'ai éprouvé des transpirations extrêmement abondantes, qui tenaient à l'habitude de marcher beaucoup et vite, que j'avais conservée dans ces climats tropicaux. Durant tout le voyage, je n'ai jamais éprouvé d'autre malaise qu'une diarrhée légère qui a duré une dizaine de jours lorsque j'eus éprouvé un peu de refroidissement au sud des tropiques. Mais pendant tout mon séjour dans les pays chauds j'avais la peau de la figure et des mains très rouge, et cela d'une façon presque constante. Cette rougeur augmentait encore lors de mes courses à pied, que je faisais toutes les fois que je n'étais pas en mer; alors je restais beaucoup sur le pont exposé au vent et au soleil.

Pendant le voyage, je ne m'aperçus pas d'abord de la chute de mes cheveux; ce n'est que cinq ou six jours avant d'arriver en Europe

que j'en fis la remarque. Huit jours après mon débarquement, mes cheveux et les poils de ma barbe s'arrachaient à poignées à la moindre traction, et chaque matin la brosse en enlevait beaucoup, bien qu'ils fussent tenus très courts.

Les cheveux étaient devenus ternes et secs ; l'aspect de la barbe n'avait pas changé. En même temps je remarquai que les ongles de mes deux mains présentaient une double coloration : ils étaient jaune brun dans la partie se rapprochant du bord libre et offraient une demi-lune d'un blanc pâle vers la matrice. Enfin ces deux parties étaient séparées par un léger bourrelet s'étendant d'un bord à l'autre de l'ongle.

Depuis cette époque, la chute des cheveux a continué, puis elle a diminué. Aujourd'hui, elle est presque complètement arrêtée, et les cheveux ont repoussé un peu plus foncés en couleur qu'ils n'étaient auparavant.

Au microscope, un cheveu présentait l'apparence normale d'un cheveu sain. Le bulbe était arrondi et semblait plein. Il semble que la chute des cheveux ait été dans ces circonstances tout à fait analogue à celle qui s'observe après les maladies graves, telles que la fièvre typhoïde, la variole, l'érysipèle, même n'atteignant pas le cuir chevelu. Dans tous ces cas, les poils examinés sont sains et ont un follicule arrondi. Il semble qu'ils tombent par suite d'une congestion vive et prolongée du derme et des vaisseaux de la papille, ce qui trouble et suspend pour un certain temps la production régulière du poil.

Ces faits m'ont paru devoir être signalés comme venant confirmer la théorie qui attribue la chute des poils après les maladies graves à la congestion des papilles.

PSORIASIS ANORMAL COMME DÉBUT, SIÈGE ET ÉVOLUTION CHEZ UN ARTHRITIQUE INVÉTÉRÉ

DIAGNOSTIC DE LA SYPHILIDE PALMO-PLANTAIRE, DITE A TORT AUTREFOIS PSORIASIS PALMAIRE ET PLANTAIRE

Par **A. Morel-Lavallée**,

Ex-chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis.

Au moment où il est encore des dermatologistes qui persistent à nier tout rapport entre les dermatoses et ces aptitudes morbides générales de l'individu dites *diathèses*, il nous a paru intéressant de publier l'observation suivante d'un psoriasis évoluant chez un homme qui est un type achevé d'arthritique.

M..., 39 ans, forgeron, a été soigné en juillet 1888, dans le service de M. le professeur Fournier, parce que ses mains et ses pieds le faisaient alors souffrir et l'empêchaient de travailler et de marcher. Voici son observation lors de son entrée à l'hôpital Saint-Louis.

C'est un homme grand, vigoureux, très gros, pesant, dit-il, plus de deux cents; digérant bien et se portant très bien. Voici quels sont ses antécédents.

Tout le monde dans sa famille est bien portant et vigoureux. Il aurait perdu sa mère d'un coup de sang (?) à 82 ans. Son père et son grand-père sont morts d'apoplexie; le père avait eu plusieurs attaques.

Notre malade est un homme corpulent, la face est légèrement *couperosée*. Il n'a jamais de maux de tête, mais jusqu'à ces six dernières années il a eu de fréquents *saignements de nez*.

A 25 et 26 ans, il eut deux attaques de *goutte* aiguë limitées aux deux orteils.

Le thorax, mais surtout le dos, est criblé d'*acné* polymorphe, noueuse, tubéreuse, etc.

Les jambes sont variqueuses; — ébauche de varicocèle à droite. M... avoue avoir été toujours *fort buveur :* cauchemars nocturnes, pituites matinales, tremblement des mains.

Il y a cinq ans il eut une attaque d'*apoplexie* pour laquelle on lui mit une vingtaine de sangsues dont on voit les cicatrices sur le thorax. — Nou-

velle attaque il y a trois ans et demi : perte de connaissance, fracture (en V) de la jambe droite; chute en arrière *sur les coudes*.

C'est, dit-il, seulement à cette époque, pendant sa convalescence et alors qu'il était encore couché, qu'est apparue l'éruption de *psoriasis* que nous constatons actuellement. Elle débuta à la fois à la face palmaire des mains et plantaire des pieds et au cuir chevelu, pour évoluer progressivement et atteindre l'état actuel sans qu'il y ait jamais eu ni guérison, ni extension des lésions sur le reste de la peau, pas même d'éruption ponctuée lorsqu'a commencé le psoriasis.

Il en existe deux placards limités au coude qui datent également de la même époque, les rougeurs squameuses ayant, dit-il, apparu alors que la peau des coudes excoriée par la chute se cicatrisait.

Voici la description des lésions psoriasiques telles que nous les constatons aujourd'hui.

Mains. — Elles présentent à la face *palmaire* un épaississement en nappe d'un rouge carminé à bords festonnés, absolument nets, empiétant sur la face dorsale des doigts qui sont intéressés jusqu'à leur extrémité. La surface rouge est recouverte non pas de fissures sèches et calleuses, mais de croûtelles squamelleuses, abondantes, stratifiées, sèches, cassantes, micacées.

La rougeur vive de la région, la blancheur micacée des squames, l'étendue de la lésion — jointes aux altérations unguéales, imposent dès l'abord le diagnostic de psoriasis, à l'exclusion de celui d'arthritide ou d'eczéma palmaire, — le diagnostic de syphilide palmaire devant être rejeté dès le premier examen.

Les lésions des *ongles* (1) sont en effet caractéristiques. Épaississement feuilleté sous-unguéal, soulevant l'ongle normal, lequel est déformé, opaque, jaunâtre, cassant. Au niveau de la lunule, les ongles sont striés en travers et déprimés.

Les lésions unguéales, bien manifestement, sont une continuation de celles de la peau voisine : la rougeur psoriasique en effet, au niveau des dernières phalanges, respecte la face palmaire pour envahir presque uniquement la face dorsale où elle n'est très squameuse qu'à la naissance des ongles.

Pieds. — Les lésions sont exactement semblables à celles des mains, symétriques comme elles, — comme elles limitées à la face plantaire, sauf au niveau des dernières phalanges et des ongles; seulement ici la rougeur a disparu sous l'influence de la macération sudorale et naturellement l'épaississement corné est bien supérieur à ce qu'il est aux mains. Les *ongles* sont pris même plus qu'aux mains; en effet, toute l'extrémité du doigt est encapuchonnée par l'épaississement psoriasique qui fait corps avec l'ongle recouvert par lui, de telle façon qu'en enlevant un copeau à la face plantaire on enlèverait du même coup, en insistant, l'ongle avec la partie dorsale du copeau.

Concurremment avec les localisations anormales du psoriasis, signalons tout de suite des papules rouges à peine squameuses constellant le

(1) Tous les ongles sont pris aux mains comme aux pieds; ils sont déjà tombés une et peut-être deux fois.

gland habituellement découvert; elles sont fort peu squameuses et absolument syphiloïdes.

Le scrotum et surtout les plis inguino-cruro-scrotaux sont envahis par une nappe rouge de psoriasis suintant abondamment, de telle façon qu'après décapage il serait impossible de le différencier d'un eczéma intertrigineux. Cette tendance intertrigineuse existe même aux espaces inter-digitaux, mais ne se retrouve pas au pli du cou, aux aisselles, aux plis auriculaires, ni sous les seins.

Cela dit, nous retrouvons aussi des *localisations usuelles*, à savoir :

1° Sur tout le cuir chevelu (quelques papules sur le pavillon et au conduit auditif externe).

2° Placards discrets, arrondis, aux coudes.

3° Au sacrum, une nappe rouge étalée.

4° Quelques taches au dos et sur la cuisse; les genoux sont intacts. Sans vouloir faire d'assimilation nosologique, mentionnons, pour être complet, une ébauche de triangle *tylosique* à chaque commissure buccale. — Le malade *n'est pas fumeur* et n'a pas d'angine glanduleuse.

Indépendamment de l'extraordinaire *série* de phénomènes morbides « constitutionnels » que cet homme nous présente, il convient de remarquer au point de vue dermatologique la curieuse histoire de ce psoriasis :

Intertrigineux chez cet homme polysarcique, mais n'ayant jamais été prurigineux; ayant débuté immédiatement après un traumatisme et en partie au siège de ce traumatisme (coude) d'une symétrie absolue; ayant été dès l'origine localisé et étant resté depuis limité aux régions primitivement intéressées; ayant réalisé ses premières manifestations en des régions presque toujours épargnées par le psoriasis (pieds et mains).

Il convient même d'ajouter qu'après la première attaque d'apoplexie, deux ans avant l'apparition du psoriasis palmaire, le malade se rappelle avoir éprouvé des fourmillements dans les doigts, alors que sous l'extrémité libre des ongles la peau s'épaissisait et se feuilletait. C'était là l'ébauche de cette dermatose, anormale à tant de points de vue.

A noter spécialement les papules psoriasiques *du gland* chez ce malade, qui n'a pas eu la syphilis, attendu qu'à un examen superficiel, la coexistence de ces lésions du gland et des lésions palmaires en imposeraient d'autant plus pour la vérole qu'à chaque jambe notre homme présente au siège des fractures survenues l'une à douze ans, l'autre à treize ans, des cicatrices étendues, profondes, blanches, scléreuses, à contours polycycliques et cerclées d'aréoles fortement pigmentées qu'explique en partie la varicose généralisée aux membres inférieurs.

La dermatose a été ici chronique d'emblée, presque immuable

dans son évolution; quelle devait être sa marche ultérieure? Devait-elle s'étaler en surface, par poussées ou progressivement, de manière à tendre à l'herpétide maligne? S'accompagnerait-elle de ces arthropathies spéciales dont notre maître M. Besnier a déjà rencontré de si remarquables exemples, — ou bien le malade serait-il auparavant emporté par une nouvelle attaque d'apoplexie? C'est ce que nous n'avons pu depuis établir, le malade ne s'étant pas représenté à notre observation.

CAS RARE DE DÉFÉRENTITE
ET DE VÉSICULITE BLENNORRHAGIQUES

Par **Ch. Mauriac,**
Médecin de l'hôpital du Midi.

Communication à la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Un homme de quarante et un ans entre le 23 septembre 1890, aux chambres payantes de l'hôpital du Midi, pour une blennorrhagie très aiguë qu'il avait contractée treize jours auparavant et qui s'était déclarée cinq jours après les rapports sexuels.

C'était la seconde. La première remontait à dix-huit années auparavant et s'était compliquée de deux orchites qui avaient attaqué le même testicule (celui de droite) à peu d'intervalle l'une de l'autre.

Huit ans après cet homme se maria et il a eu deux enfants.

La blennorrhagie dont il vint se faire traiter à l'hôpital du Midi fut inflammatoire, purulente et évolua très régulièrement pendant les deux premières semaines de sa durée.

Il survint alors, au quinzième jour, sans aucune cause appréciable, une cystite assez violente puisqu'elle forçait le patient à uriner environ toutes les heures. La prostate était intacte et elle resta toujours telle jusqu'à la guérison.

Je n'eus recours contre la blennorrhagie et la cystite qu'à des boissons diurétiques et à des bains fréquents et prolongés.

Les phénomènes inflammatoires, les troubles fonctionnels s'atténuèrent et se calmèrent peu à peu. La maladie arriva à cette période de maturité où il est permis et indiqué d'administrer les balsamiques, et c'est ce que je fis vers le quatrième septénaire. Puis je prescrivis quelques injections légèrement astringentes.

Tout semblait aller pour le mieux, lorsque le malade, après une longue marche, fut pris tout à coup, le trente-troisième jour de la blennorrhagie, d'une douleur excessivement vive dans le bas-ventre, immédiatement au-dessus du pli de l'aine et au niveau du canal inguinal du côté droit.

Je constatai en ce point un cordon volumineux très dur, fort douloureux à la pression et sans empâtement périphérique. Il plongeait dans le bassin, on pouvait le suivre et le sentir très profondément, grâce à la maigreur du sujet et à la flaccidité de ses parois abdominales.

Il n'y avait absolument rien ni dans le cordon, ni dans l'épididyme, ni dans le testicule. L'inflammation, l'augmentation de volume, la douleur s'arrêtaient d'une façon très précise et brusque, au niveau de l'orifice inférieur du canal inguinal.

Le repos, les cataplasmes laudanisés, des purgations légères n'ayant produit à peu près aucune amélioration, je fis appliquer, vers le troisième jour de l'affection, dix sangsues au niveau du canal inguinal et il en résulta tout de suite un grand soulagement.

Le malade n'éprouvait aucune douleur dans le fondement, ni au périnée. La garde-robe était régulière. Il ne paraissait donc y avoir aucun retentissement de l'affection du côté de la prostate ni de la vésicule.

Pourtant je pratiquai le toucher rectal et je constatai :

1° Que la prostate n'avait pas été touchée; son lobe droit était aussi indolent et aussi régulier que celui du côté gauche;

2° Que la vésicule séminale au contraire, double de volume, formait une petite tumeur dure, bosselée et un peu douloureuse;

3° Que le canal déférent était volumineux, très dur et douloureux au toucher, mais moins cependant qu'au niveau du canal inguinal.

Je m'attendais tous les jours à voir le processus s'étendre au cordon, descendre dans les bourses et envahir l'épididyme.

Eh bien! il resta toujours limité au canal déférent et à la vésicule; l'orifice inférieur du canal inguinal fut pour lui une barrière infranchissable.

C'est là le côté très particulier et réellement inexplicable de cette complication blennorrhagique.

Elle dura sous sa forme aiguë sept ou huit jours et ne s'atténua ensuite que très lentement. Le canal déférent était encore un peu tuméfié et dur quand le malade sortit guéri de la blennorrhagie après un séjour de six semaines à l'hôpital.

A aucun moment le cordon, l'épididyme et le testicule n'ont subi la plus légère atteinte.

Les particularités tout à fait insolites qu'a présentées le processus blennorrhagique à travers les voies spermatiques m'ont semblé dignes d'être signalées.

Dans l'immense majorité des cas, ce processus ne s'arrête pas en chemin; il se rend directement à l'épididyme sans laisser derrière lui aucune trace de son passage. Les vésicules, le canal déférent, le cordon ne sont pas touchés. Il y a bien là quelque chose qui est fait pour nous surprendre, mais enfin c'est la règle et il faut l'admettre.

Ce qui est aussi la règle, c'est que le processus, après avoir atteint l'épididyme sans léser les voies spermatiques, semble le regretter et rebrousse chemin. Alors on le voit envahir le cordon de bas en haut

jusque dans le canal inguinal. Il va même au delà et il peut y avoir déférentite et vésiculite parfois rétrograde.

Les voies spermatiques, en effet, ne sont envahies qu'après l'épididyme, alors qu'il serait naturel qu'elles le fussent avant lui.

Presque toutes les funiculites sont consécutives à l'épididymite. J'ai vu cependant un ou deux cas de funiculite sans épididymite.

Mais ce que je n'avais pas encore constaté, c'est une vésiculite et un déférentite d'emblée, sans funiculite et sans épididymite.

Ce qui devrait être la règle devient une exception très rare et fort originale, d'autant plus qu'on ne voit absolument aucune raison pour que le processus ne franchisse pas le canal inguinal.

L'affection a été relativement très bénigne, surtout si on la compare aux descriptions qu'on trouve dans les auteurs. Il est vrai que ces énormes vésiculites abcédées appartiennent, je crois, beaucoup plus à la tuberculose des voies spermatiques qu'à la blennorrhagie proprement dite.

REVUE GÉNÉRALE

DE L'IMMUNITÉ SYPHILITIQUE

(AUTO-INOCULATION, RÉINOCULATION, RÉINFECTION)

Par **L. Hudelo,**

Ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.

(*Suite et fin.*)

CHAPITRE IV

Quand finit l'immunité syphilitique?

Nous avons vu que l'immunité est un caractère absolu de la syphilis pendant toute son évolution; nous avons constaté qu'elle débutait dès la période primaire, dès le chancre, et que dès lors elle se maintenait inéluctablement pendant le cours des accidents secondaires, puis tertiaires.

La question qu'il nous reste à résoudre maintenant est particulièrement délicate : l'immunité syphilitique a-t-elle une fin, ou persiste-t-elle pendant toute l'existence du malade?

Cette question a elle-même un corollaire immédiat : la syphilis est-elle curable radicalement? Si, en effet, l'immunité peut disparaître à la longue et rendre à l'organisme sa réceptivité pour une nouvelle infection syphilitique, il sera de toute évidence que l'infection première sera dans ces cas entièrement guérie. Nous ferons toutefois remarquer que ces deux questions : l'immunité syphilitique prend-elle fin? la syphilis est-elle curable? ne sont pas absolument adéquates. En effet, théoriquement, la syphilis pourrait guérir, et guérir absolument, et cependant laisser l'organisme réfractaire encore pendant un temps fort long; ne voyons-nous pas l'immunité persister indéfiniment, après une variole, une scarlatine guéries depuis de longues années?

Théoriquement, il n'est pas impossible qu'au moins dans certains cas rares, exceptionnels, l'immunité syphilitique puisse prendre fin; nous avons vu que ce fait s'est réalisé parfois pour les maladies infec-

tieuses qui confèrent d'ordinaire l'immunité la plus solide. Mais, si le fait est possible, combien n'est-il pas difficile d'en affirmer la réalité, quand nous voyons des syphilis continuer leur cours et déterminer des accidents durant toute une existence, quand nous voyons d'autres syphilis, qui semblaient guéries après quelques années d'évolution, se réveiller après de longs silences de dix, quinze, vingt, trente, quarante et même cinquante années, sous la forme d'accidents tertiaires nouveaux, et venir renverser à l'improviste le pronostic de guérison qui semblait si fermement établi : sans doute, de pareils cas ne sont pas la règle habituelle, mais leur seule existence suffit à montrer combien il est malaisé d'affirmer qu'une syphilis donnée est guérie et bien guérie. Si, donc, nous pouvons théoriquement admettre que l'immunité syphilitique puisse prendre fin, ce n'est que par l'examen des faits dits de réinoculation ou de réinfection que nous pourrons savoir si cette cessation de l'immunité n'est pas une pure hypothèse.

Il ne nous est guère possible de trouver une réponse satisfaisante dans les faits expérimentaux; car, si nous avons pu réunir de nombreuses expériences de réinoculation de syphilitiques porteurs d'accidents soit secondaires, soit tertiaires, les cas de réinoculation d'anciens syphilitiques indemnes de lésions actuelles sont beaucoup plus rares; ils ont été en général négatifs comme résultat. Citons notamment les recherches de Bœrensprung (*Gazette hebdomadaire*, t. IX, p. 309) qui réinocula sans succès quatre malades syphilitiques depuis deux ans, sans accidents actuels, les unes avec du pus de chancre syphilitique, les autres avec du pus de plaques muqueuses : il est d'ailleurs évident, dans ces cas, que la persistance de l'immunité n'a rien d'étonnant, étant donnée la date relativement récente de l'infection primitive; quant à l'absence de lésions chez les malades, elle ne prouve nullement que la syphilis était éteinte chez elles, mais seulement que l'auteur les a inoculées dans une de ces périodes de silence plus ou moins prolongé, qui caractérisent l'évolution de la maladie, aussi bien à sa période secondaire qu'à sa période tertiaire.

Nous trouvons dans le travail de Bumm (*Vierteljahress. f. D.*, 1882) une observation intéressante de réinoculation positive quatorze mois après une première infection. Mais nous devons faire remarquer de suite que cette observation se présente dans des conditions spéciales : il s'agit d'une femme qui aurait eu, le 8 mars 1878, un chancre induré, net, vernissé de la grande lèvre; ce chancre fut excisé le 15; il n'y avait pas encore d'adénopathie inguinale (l'examen microscopique de la lésion fait par Ziegler confirma le diagnostic de chancre syphilitique). — Pendant une observation de quatorze mois, la malade ne présenta aucun accident ultérieur. — Le 10 mai 1879, on lui inocula à la partie supéro-interne de la cuisse gauche du liquide d'un chancre induré; onze jours après, apparut une induration nette, qui atteignit

1^{c.m.},5 de diamètre et s'ulcéra. Le 28 juin, cette ulcération avait tous les caractères d'un chancre induré; elle s'accompagnait d'adénopathie crurale. En juillet, la malade présenta de l'adénopathie cervicale, des douleurs articulaires, de la roséole. La deuxième syphilis (inoculée) semble bien caractérisée (chancre induré, adénopathie, roséole); mais l'observation n'en est pas moins des plus discutables : en effet, si l'organisme de la malade s'est trouvé en 1879 en état de réceptivité pour l'inoculation syphilitique nouvelle, cela tient, ou bien à ce que la lésion excisée en 1878 n'était pas une lésion syphilitique (absence d'adénopathie), ou bien à ce que cette lésion, quoique réellement syphilitique, avait été excisée à une période de son développement assez précoce, pour que l'infection générale de l'organisme n'eût pas encore eu le temps de se produire.

Nous nous trouvons, en fin de compte, réduits à l'étude minutieuse des observations cliniques pour asseoir notre jugement sur la pérennité ou l'extinction plus ou moins tardive de l'immunité syphilitique; c'est la délicate question des réinfections syphilitiques qu'il nous reste à envisager. Ce n'est pas que les observations publiées ne soient aujourd'hui en nombre considérable; nous en avons pu réunir 148 : il est plus difficile d'en déterminer la valeur exacte.

La question de la réinfection possible des malades atteints antérieurement de syphilis est presque aussi ancienne que l'histoire de la maladie syphilitique elle-même. C'est ainsi que, dès 1540, A. Lecocq (*De lue hispanica*) admettait la possibilité chez un même individu d'une seconde syphilis; Bartholomeo Maggi (1550) affirme, à propos de l'observation d'un comte de la Mirandole, la réinfection; Brassavole (1550) croit même qu'une première syphilis prédispose à l'éclosion d'une seconde; Vidius Vidius (1556) pense qu'une seconde syphilis est toujours plus légère que la première, et se réduit seulement à l'accident primitif; Trajan Pétronius (1545) croit seulement que les malades guéris par le gaïac sont moins exposés à recontracter la syphilis que les individus qui ne l'ont jamais eue. En somme, jusqu'à notre siècle, la réinfection resta admise et comme un fait fréquent : nous ferons remarquer que les anciens auteurs ont pris pour de nouvelles syphilis de simples récidives d'une première.

Il nous faut arriver à Hunter pour voir les idées se modifier, mais c'est à Ricord que revient incontestablement le mérite d'avoir érigé en loi l'unicité de la syphilis. Dès 1839, dans sa traduction du livre de Hunter, il disait en note : « L'expérience a appris que l'individu déjà atteint de syphilis constitutionnelle n'est plus apte à contracter une nouvelle infection générale. » Mais c'est surtout en 1845, dans le *Compendium de médecine*, qu'il insiste sur cette règle. Toutefois, dans son extrême prudence, il ajoute : « La loi d'unicité de la diathèse est-elle absolue? Probablement, non. On doit trouver pour la syphilis, quoique

bien plus rarement, ce qu'on trouve pour la variole et la vaccine... La disposition acquise peut s'atténuer et finir par s'éteindre ; dans le premier cas, une nouvelle infection générale devenue possible produira des accidents constitutionnels modifiés, ce qui expliquerait les affections syphiloïdes qu'ont admises quelques auteurs, et qui seraient à la syphilis ce que la varioloïde est à la variole; dans le deuxième cas, une infection nouvelle donnera lieu à la reproduction d'accidents constitutionnels à forme et à succession régulières. » Et ailleurs : « Entreprendre l'histoire des deuxièmes véroles, ce n'est pas chercher des deuxièmes varioles, mais bien et seulement l'analogue des varioloïdes. »

En 1856 (*Lettres sur la syphilis*), Ricord revient sur ce sujet et dit (20e lettre) : « Un malade qui a eu une première fois un chancre induré n'en a pas d'autre. Toutefois, comme pour la vaccine, la variole, il est probable que cette loi doit présenter des exceptions; j'ajouterai même qu'il est désirable qu'elle en présente, car cela prouverait qu'on peut arriver à détruire la diathèse syphilitique. Mais, à coup sûr, ces exceptions sont rares pour la syphilis. MM. Puche, Diday et moi, nous en sommes encore à en rechercher des preuves irrécusables... C'est que, quand il y a chancre induré, il y a vérole constitutionnelle. M. Cazenave ne se doute pas de l'avoir proclamée après nous (l'unicité) lorsqu'il a écrit (*Traité des syphilides*, 1843) qu'il ne sait pas si on parvient jamais à détruire le tempérament syphilitique. »

En 1858, Ricord (*Leçons sur le chancre*) revient sur la même question encore une fois : « Les diathèses, dit-il, ne se doublent pas; le chancre induré ne récidive pas; il ne m'a pas été donné de rencontrer un seul malade sur lequel le chancre infectant se soit manifesté à deux reprises et se soit accompagné deux fois de l'évolution normale des accidents constitutionnels. A toutes les observations contraires il manque soit un pied, soit une aile. Il est faux qu'on puisse entasser vérole sur vérole; il est faux qu'une première infection prédispose à une nouvelle... Non plus que la diathèse, l'induration ne se répète pas, en règle générale, sur le même sujet. La science ne possède pas encore un seul exemple probant de réinfection syphilitique. » Il fait remarquer toutefois que logiquement la récidive de la vérole est possible : « Ce n'est pas que je nie la possibilité d'une répétition du chancre induré; au contraire, j'y crois, et j'y crois fermement, quoique l'expérience clinique m'en ait, jusqu'ici, refusé des preuves. »

Nous sommes loin, on le voit, des réinfections fréquentes et répétées admises par les anciens auteurs. L'opinion de Ricord était d'ailleurs partagée par les plus sérieux syphiligraphes. C'est ainsi que Diday écrivait en 1858 (*Exposé critique et pratique des nouvelles doctrines*

sur la syphilis, 11[e] lettre) que la loi de l'unicité de la vérole constitutionnelle dans une existence humaine, loi qui n'était qu'un paradoxe avant Ricord, est une sublime vérité. « Je laisse, dit-il, pour mémoire dans le cadre de la vérole cette catégorie (réinfection d'une syphilis complète) qui répond à des faits possibles, mais non encore observés en nombre et avec des détails suffisants. »

Rollet (*Recherches cliniques et expérimentales sur la syphilis, le chancre simple et la blennorrhagie*, 1862) disait : « Même après la disparition de la syphilis chez un individu, le virus syphilitique n'a généralement plus de prise sur cet individu, pas plus que le virus vaccin sur un vacciné, le virus varioleux sur un variolé. » Toutefois il ajoutait : « Cette immunité n'a pas toujours une durée indéfinie, et, si elle est jamais générale et complète, c'est surtout à une époque peu éloignée de la maladie et avant que l'organisme ait eu le temps de se renouveler. »

Vénot (de Bordeaux) écrivait en 1854 à Diday (*Gaz. hebdom.*, 6 janvier) qu'il admet formellement l'unicité de l'induration chancreuse, quoiqu'il ait vu chez bon nombre de syphilitiques à la période secondaire et à la période tertiaire des chancres à bords frangés, calleux, affectant par leur siège, leur pseudo-induration, les allures primitives.

Melchior Robert (*Traité des maladies vénériennes*) disait de même que la diathèse syphilitique ne préserve pas d'accidents locaux, mais détruit l'aptitude à l'infection : aussi n'a-t-on des chancres indurés et la syphilis constitutionnelle qu'une fois en sa vie.

Bœrensprung, en Allemagne (*Charité Annalen*, 1860) était du même avis : « L'influence du poison syphilitique sur l'organisme, disait-il, enraie toute susceptibilité ultérieure pour ce même poison ; cependant, par analogie, étant donnée la possibilité de la réinfection de la variole, de la rougeole, il est possible que la loi de Ricord puisse avoir ses exceptions » ; il ajoute qu'il n'en a pas vu un cas. Sigmund est égalemeut de cet avis.

Lindwurm (*Wurtzburg. med. Zeitsch.*, 1862) dit aussi que la syphilis constitutionnelle ne se laisse transmettre qu'aux individus sains... Cependant, ajoute-t-il, la réinfection est possible, après épuisement de la diathèse.

On voit, par ces quelques exemples, que la loi formulée par Ricord fut bientôt universellement acceptée par les auteurs, comme une règle générale, susceptible toutefois d'exceptions plus théoriques que réelles, et en tous cas extraordinairement rares. Parmi les quelques opposants, citons Vidal (de Cassis), qui, dans son *Traité des maladies vénériennes* (1853), déclare que « l'unicité de la vérole, qui n'est qu'une hypothèse s'évanouit ». Nous avons vu plus haut la valeur de ses expérimentations ; nous verrons ultérieurement l'authenticité de ses observations.

Les faits cliniques publiés étaient d'ailleurs peu fréquents à cette époque et souvent discutables; une observation de Follin (1853) avait été d'abord repoussée par Ricord et par Diday; puis admise enfin, mais sous bénéfice d'inventaire par Ricord (*Gaz. hebd.*, 1854, p. 223). C'est en 1860 seulement que Ricord avait pu observer lui-même des cas qu'il considérât comme indubitables; et Fournier, dans une note additionnelle aux *Leçons sur le chancre*, indique ce fait ainsi :

1° Sur quelques sujets syphilitiques, on a vu survenir un nouveau chancre induré, mais sans adénopathie, ni accidents constitutionnels, après un intervalle de huit, dix, vingt ans après le premier chancre;

2° Sur un malade syphilitique, on a vu, cinq ans après le premier chancre, survenir un deuxième chancre, avec adénopathie, mais sans accidents constitutionnels;

3° Sur deux syphilitiques, Ricord a vu un deuxième chancre induré, suivi d'adénopathie et d'accidents constitutionnels, après un intervalle considérable depuis la première infection.

De ces faits, Ricord concluait, mais sous réserves, que la diathèse, probablement à une époque voisine de son extinction, peut permettre à un deuxième chancre de s'indurer, mais sans le laisser s'accompagner de l'adénopathie spécifique, ni des symptômes constitutionnels; à un deuxième degré, la diathèse, s'épuisant de plus en plus, laisse l'adénopathie se produire à la suite du deuxième chancre; enfin à un troisième degré, la diathèse s'éteignant, elle restitue à l'économie son aptitude primitive à contracter l'infection tout entière (chancre induré, adénopathie spécifique, symptômes constitutionnels); une deuxième infection peut alors succéder à la première.

Les choses en étaient à ce point, quand Diday formula cette opinion, déjà mentionnée par Ricord, que si la syphilis n'était pas réinfectable en totalité (accidents primaires et secondaires), on pouvait cependant observer chez d'anciens syphilitiques la production d'un nouveau chancre de réinfection, mais ne donnant pas une seconde syphilis constitutionnelle, chancre « induroïde », ne s'accompagnant pas d'engorgement ganglionnaire, et dont cependant l'inoculation à un sujet vierge de vérole peut donner la maladie (1858, *Nouvelles doctrines sur la syphilis*). — Quatre ans après, dans un important mémoire sur la réinfection syphilitique, ses degrés et ses modes divers (*Archives de Médecine*, 1862), Diday confirme ses idées par la publication de quatorze observations où, le premier contact du virus ayant déterminé chancre et vérole, le second contact détermina un chancre, qu'il appelle « chancroïde », qui a tous les caractères objectifs du chancre induré, infectant (notamment l'incubation), et qui, reporté sur un autre sujet, reproduit la syphilis. — Il ajoute à ces observations neuf autres, où le second contact virulent détermina un chancre et une syphilis atténuée, ce qui lui fait dire dans ses conclusions

qu'en général l'organisme humain ne subit pas deux fois du même virus la même action ; « introduit chez un sujet syphilitique, le virus ne fera rien ; chez un sujet qui a eu la la syphilis, mais ne l'a plus actuellement, il produira une syphilis modifiée ; dans plus de la moitié des cas, ce sera seulement un ulcère induré, sans adénopathie (chancroïde) ; dans plus du quart, ce sera un induré suivi d'accidents constitutionnels légers (véroloïdes). C'est seulement dans moins d'un quart des cas que la deuxième syphilis constitutionnelle est plus forte que la première. » (Il donne deux observations de cette catégorie.) « La réinfection, dit-il, prouve la guérison ; donc la syphilis est curable radicalement ; en moyenne, le minimum de temps nécessaire pour cette guérison est de vingt-deux mois. »

L'année suivante (*Histoire naturelle de la syphilis*, 1863), Diday publie sept nouvelles observations, dont six de chancroïde et une de véroloïde.

Rollet en 1865 (*Traité des maladies vénériennes*) admet l'opinion de Diday et rappelle les caractères du chancroïde, son incubation moyenne de dix jours, l'absence habituelle d'adénopathie et d'accidents constitutionnels ultérieurs ; c'est parfois une lésion qui rétrocède dès l'éclosion et vraiment avortée.

La réinfection, admise jadis comme chose fréquente, puis considérée par Ricord comme une exceptionnelle rareté, redevenait donc un fait assez fréquent, au moins sous la forme d'une deuxième syphilis atténuée.

Fournier vint porter bientôt un coup sérieux à cette doctrine ; déjà Ricord, dès 1858 (*Leçons sur le chancre*), avait signalé quelles causes d'erreur peuvent infirmer maintes observations de réinfection : l'assertion du malade, cela n'a nulle valeur ; le témoignage médical est suspect, puisque, pour certains médecins, tout accident vénérien (végétations, blennorrhagie même) est de la vérole. Un deuxième chancre peut apparaître après quelques mois ou quelques années sur la cicatrice du premier et n'être qu'un chancre simple, avec base indurée d'emprunt, « exhumant l'induration primitive » ; si ce deuxième chancre est suivi d'accidents secondaires, cela prouve seulement que le sujet était encore en période secondaire de la première syphilis.

Dans un premier travail, en 1867 (*Archives générales de médecine*, novembre : *Étude clinique sur l'induration syphilitique primitive*), Fournier établit d'une part que l'on peut voir survenir, après cicatrisation d'un chancre induré, une ulcération ayant tous les caractères du chancre initial, dont l'induration ; c'est le chancre redux ; il peut survenir douze, quinze jours, au plus vingt et un jours après la cicatrisation du chancre ; la cicatrice de ce chancre redux peut elle-même s'ulcérer, de manière qu'on verra survenir un troisième chancre deux à trois mois après le début du premier ; d'autre part,

on voit certains chancres, surtout ceux de la rainure, s'accompagner d'indurations de voisinage, satellites de l'induration chancreuse, lesquelles indurations, en s'ulcérant, peuvent simuler un deuxième chancre.

En 1868 (*Archives générales de médecine*, juin et juillet : *Du pseudo-chancre induré des sujets syphilitiques*), Fournier montra que, chez des syphilitiques parvenus à la deuxième, à la troisième et même à la septième année de la maladie, il peut se développer des lésions absolument identiques au chancre, et qui cependant ne sont pas des accidents primitifs : elles siègent le plus souvent dans la rainure, mais elles peuvent aussi se rencontrer en tout point des organes génitaux, et même sur les lèvres, la langue; en général uniques, arrondies, elles ont une base indurée, et peuvent s'accompagner d'adénopathie dure, indolente, multiple. — D'ailleurs, ajoute-t-il incidemment, aucun des caractères du chancre n'est pathognomonique, ni le siège génital, ni l'unicité, ni l'induration (chancres redux, indurations satellites, indurations artificielles, induration d'emprunt du chancre simple), ni l'adénopathie (adénopathies secondaires consécutives à des lésions des muqueuses voisines). Le pseudo-chancre induré se différencie du chancre par ce fait qu'il est accompagné d'accidents diathésiques secondaires ou tertiaires, par l'absence fréquente d'adénopathie, par la tendance à la récidive, par le développement spontané de cette lésion.

Bientôt (*Ann. de Dermat.*, 1870-71 : *Des indurations secondaires et des transformations du chancre*), Fournier revenait sur ce point, et montrait qu'on peut voir des syphilides muqueuses, siégeant à la vulve, ou plus rarement sur les lèvres, la langue, s'indurer à leur base, prendre identiquement l'aspect du chancre : ce caractère les a fait prendre pour des chancres de réinfection, de sorte « qu'un sujet pourrait s'envéroler coup sur coup ».

Diday répondit à Fournier (*Ann. de Dermat.*, 1870-1871 : *Étude critique sur l'induration secondaire*) en maintenant formellement la plupart de ses observations de 1862, notamment celles où deux, trois, quatre, cinq, six, sept, dix-huit et vingt et un ans après une première syphilis, survinrent des chancres indurés suivis après six ou huit semaines d'accidents généraux dans l'ordre classique, les deux attaques ayant été séparées par un silence absolu de dix-huit mois, deux, six, dix-sept ans; mais il maintenait aussi les cas où le chancre de réinfection, quoique n'ayant déterminé ni adénopathie ni accidents généraux ultérieurs, était survenu après une incubation nette, et après un silence absolu de neuf mois, deux, trois, trois ans et demi, vingt-deux ans.

On peut dire que, depuis ces importants travaux, la question est restée en litige : parmi les auteurs, les uns sont partisans fervents

de la réinfection; d'autres, ne trouvant pas dans les observations successivement publiées les éléments d'une conviction parfaite, se tiennent sur la réserve.

C'est ainsi qu'en France nous voyons Ricord en 1872 dire au Congrès annuel de la British medical Association (*Brit. med. Journal*, 17 août 1872) : « Peut-on guérir radicalement la syphilis? On en doute; un vieil auteur, Mercuriali, a dit qu'on pouvait faire un armistice avec la syphilis, mais pas de cure réelle... Quand un malade a la syphilis constitutionnelle, si un nouveau chancre induré se produit, vous ne trouverez pas de ganglions ou de manifestations cutanées. Si la syphilis constitutionnelle était guérie, le patient pourrait contracter, avec un chancre induré nouveau, tous les symptômes ultérieurs. — Si c'était le cas (et je l'ai bien peu observé dans une expérience de quarante ans), il prouverait que la syphilis peut guérir. » Il est vrai que, dans une lettre adressée au *Brit. med. Journal* (24 août 1872), il ajoute : « Comme nous avons maintenant des exemples authentiques de contagion nouvelle de chancre induré, avec évolution consécutive de la série des symptômes constitutionnels, il est prouvé par là que les malades avaient été guéris. »

Rollet (*Dict. Dechambre :* art. CHANCRE, 1874; art. SYPHILIS, 1884) admet toujours les chancroïdes et les syphiloïdes de réinfection.

Diday (*Pratique des maladies vénériennes*, 1886) dit : « La syphilis ne se double pas; mais on compte des exemples avérés, quoique rares, de réinfection. Mais que sera-ce? Une lésion qui a tous les caractères du chancre, tous les attributs, hors un seul, l'adénopathie. C'est le chancroïde. »

C'est l'opinion de l'École lyonnaise, et Jullien (*Traité pratique des maladies vénériennes*, 1886) admet que la réinfection est possible de vingt et un mois à neuf ans après le début de la syphilis; il admet que le chancre de réinfection est caractérisée par la brièveté de son incubation, le peu de développement et souvent même l'absence d'adénopathie symptomatique.

A Bordeaux, Vénot (*Bordeaux médical*, 1877) est également partisan de la réinfection; il dit avoir vu sept cas avérés de chancroïdes et un cas de véroloïde.

Masse (*Gaz. hebd. sc. méd.*, Bord., 1881; *Mém. de méd. et de chir.*, 1885) se rallie aux mêmes idées, et croit même la réinfection possible chez des malades en cours d'accidents tertiaires.

Les syphiligraphes de l'École de Paris sont beaucoup plus réservés.

Nous citerons tout d'abord notre cher maître Fournier; nous avons vu plus haut sa création du type du chancre redux et du pseudo-chancre induré, si souvent pris pour des chancres de réinfection. Dans ses *Leçons sur la syphilis chez la femme* (1873), il considère que les cas publiés de syphilis double et triple ne sont effectivement que

des cas de pseudo-chancre induré, ou de chancre redux avec induration satellite. En 1877, dans ses *Leçons sur la syphilis tertiaire,* il parle des syphilides tertiaires qui peuvent simuler l'accident primitif, et qui cependant en diffèrent par certains caractères : le chancre débute par une érosion qui s'indure, les syphilides chancriformes débutent par des indurations qui s'ulcèrent; un chancre syphilitique sans bubon est d'une extrême rareté; avec les syphilides tertiaires, l'adénopathie est nulle dans l'énorme majorité des cas, et, si elle existe, c'est une adénopathie qui ne présente ni l'indolence, ni la dureté, ni surtout la multiplicité de l'adénopathie du chancre.

La même année (1877) dans une thèse inspirée par Fournier, Ancelon (*Syphilides chancriformes des organes génitaux*) publiait quatre observations recueillies dans le service de notre vénéré maître, de pseudo-chancres, dont un s'accompagna d'adénopathie.

En 1888, Portalier publiait (*Ann. de Derm.*, 25 septembre) l'observation d'un malade du service de Fournier, porteur d'une syphilide ulcéreuse tertiaire siégeant sur la muqueuse préputiale, simulant absolument le chancre, mais sans adénopathie : le malade était syphilitique depuis sept ans.

En 1889 (*Ann. de Dermat.*), Fournier lui-même montrait un cas de chancre simulé par un simple herpès du gland reposant sur un noyau de lymphangite, avec adénopathie inguinale double, et dans un autre cas par un herpès érosif à induration parcheminée, avec adénopathie inguinale dure et indolente.

Cette année même (*Soc. de Derm.*, 8 janvier 1891), dans une intéressante discussion relative à la communication antérieure de Du Castel, Fournier prenait la parole, et montrait qu'il ne faut pas considérer le pseudo-chancre induré comme une lésion absolument spéciale, mais bien comme un accident banal de la syphilis : c'est en somme souvent une syphilide soit secondaire, soit tertiaire, qui, pour des raisons seules de siège et de durée, prend l'aspect du chancre. — Nous ferons remarquer d'ailleurs que ce qui rend la confusion avec le chancre possible, ce n'est pas tant l'ulcération, que l'induration qui la double, et nous rappellerons avec Fournier (*l. c.*, 1868) que l'induration n'est pas spéciale au chancre : elle caractérise seulement la production, dans les tissus, d'une néoformation d'une structure histologique simple et toujours identique à elle-même, quel qu'en soit le siège, et à quelque période de la syphilis qu'elle se développe; c'est ce tissu pathologique auquel Virchow a appliqué le terme de syphilome. Assez souvent, ce syphilome prend l'aspect chancriforme, et, comme le faisait remarquer Humbert dans la même séance, il n'est pas de vulgaire poussée de syphilides papuleuses, où l'on ne trouve quelques éléments analogues à certains chancres ; si d'ailleurs on les voit le plus souvent se produire au siège de l'accident primitif,

ou dans son voisinage, cela tient à la petite surface que présente l'extrémité du pénis. Ces syphilomes chancriformes peuvent survenir spontanément, c'est le cas le plus fréquent, au milieu d'une poussée de syphilides, ou bien être provoqués soit par un traumatisme, soit par une des lésions non spécifiques dont nous avons déjà parlé. « Dans bien des cas, dit en terminant Fournier, on a présenté des faits de cette nature, comme des cas de réinfection, et, dans bien des cas, on peut voir que la chose était impossible, dans un cas notamment où le malade n'avait pas eu de rapports depuis plus de deux ans. »

Nous voyons en somme que pour Fournier, s'il ne nie pas la possibilité de la réinfection syphilitique, il est évident aussi que les faits authentiques de réinfection doivent être bien inférieurs en nombre à ceux qui ont été publiés. Cette opinion très réservée est, il faut le dire, celle de l'École de Paris, aussi bien à l'hôpital Saint-Louis qu'au Midi et ailleurs.

C'est ainsi que Lancereaux (*Tr. de la syphilis*, 1874) présente l'état actuel de la question, sans se prononcer catégoriquement, et cite, mais sans détails, le cas d'un de ses élèves qui aurait eu deux fois la syphilis; Hardy (*Tr. des maladies de la peau*, 1886) se contente de citer une observation personnelle; Mauriac (*Leç. cliniq. sur les mal. vénér.*, 1883; *Leç. sur la syphilis tertiaire*, 1890) se tient sur la plus grande réserve, et dit n'avoir jamais observé personnellement un cas de réinfection; Homolle (*Dict. Jacc.*, art. SYPHILIS, 1883) ne se prononce pas, tout en donnant une liste des cas publiés.

Du Castel, dans une leçon clinique sur la syphilis récidivée (*Semaine médicale*, 1888), exclut, dans les observations publiées, celles où la seconde syphilis ne s'est manifestée que par un chancre, sans adénopathie, ni accidents secondaires ultérieurs. Quant aux observations, où l'on voit la nouvelle infection se caractériser par un chancre, accompagné d'adénopathie et suivi d'accidents secondaires, il montre que bon nombre de ces observations ne sont que des récidives d'accidents secondaires avec pseudo-chancres indurés; il resterait seulement quelques observations valables, où les accidents de réinfection se sont succédé chronologiquement. Du Castel semble d'ailleurs vouloir jusqu'à un certain point concilier les opinions adverses, et se demande si la production du pseudo-chancre induré ne tiendrait pas quelquefois à une réinoculation syphilitique réelle sur un organisme dont l'immunité, encore assez solide pour entraver le développement de nouveaux accidents constitutionnels, ne le serait plus toutefois suffisamment pour ne pas permettre l'éclosion d'une lésion locale, le pseudo-chancre; il cite à l'appui de cette opinion deux observations, où le pseudo-chancre se produisit, dans un cas, à la vingt-cinquième année de syphilis et, dans le deuxième cas, à la onzième année de syphilis, dix jours après un coït suspect. Il revient sur ce point en

1890 (*Soc. de Derm.*, 10 juillet), et, après avoir rappelé les lésions banales (chancrelle, herpès, balanite, traumatisme) qui, chez les anciens syphilitiques, peuvent, en se doublant d'une induration chondroïde, provoquer l'apparition du pseudo-chancre, surtout si elles siègent dans le sillon, il reparle des rapports qui semblent exister parfois entre le développement spontané du pseudo-chancre et un coït suspect le précédant de plusieurs jours; il rappelle à ce propos ses deux observations de 1888.

Brocq, dans un article sur la réinfection syphilitique (*Journal of cutan. dis.*, 1890, p. 488), après avoir rappelé le scepticisme des médecins de Saint-Louis et l'affirmation de Fournier : « La syphilis ne se double pas » (*Jeudis de Saint-Louis*, 7 mars 1889), insiste longuement sur la difficulté qu'il y a à affirmer, dans un cas donné, la réinfection. « Théoriquement, dit-il, je crois à la réinfection, mais les cas remplissant les conditions exigées sont des plus rares. — Quand elle sera prouvée, il faudra voir, par la confrontation, si un certain nombre de pseudo-chancres indurés ne sont pas des réinfections bénignes chez des sujets vaccinés par une syphilis antérieure, après coïts avec des individus en pleins accidents primaires ou secondaires. » Et dans un autre article (*Revista especial de oftalmol.*, Madrid, nov. 1890), il rappelle qu'il peut soudainement apparaître chez des syphilitiques, longtemps après la guérison du chancre et après qu'ils sont libres de toute éruption spécifique, une lésion chancriforme avec adénopathie volumineuse et indolente, avec éruption non systématisée, disséminée sans ordre et simulant des lésions papuleuses de la période secondaire.

Citons encore, comme auteurs français, Denis Dumont qui dit (*Traité de la syphilis*, 1880) : « Je n'ai jamais vu deux fois un chancre induré chez le même individu. »

Leloir (de Lille) professe les mêmes idées que Fournier à l'endroit de la réinfection, et, comme lui, il insiste sur la fréquence des pseudo-chancres indurés pris pour des chancres de deuxième syphilis. A ce propos, nous ferons remarquer qu'il réunit (*Th. de L. Declercq*, Lille, 1885) sous le terme générique de syphilome chancriforme des organes génitaux, le chancre redux, l'induration de voisinage érodée et le pseudo-chancre induré génital de Fournier : c'est la même lésion, apparaissant plus ou moins tôt, plus ou moins tard; elle peut d'ailleurs siéger en d'autres points que la région génitale; il rappelle le caractère distinctif de Fournier : l'induration précède l'ulcération pour le syphilome chancriforme, tandis que c'est l'inverse pour le chancre. Leloir fait encore remarquer (Th. de Puche, Lille, 1890, *Accidents* post mortem *du chancre infectant*) la coïncidence fréquente de ces syphilomes chancriformes avec l'apparition de poussées cutanées ou muqueuses, ou de signes de syphilis viscérale.

Les auteurs étrangers sont en général beaucoup plus favorables à la doctrine de la réinfection que les auteurs français.

C'est ainsi qu'en Allemagne et en Autriche, les adversaires sont peu nombreux : nous avons cité plus haut Bœrensprung; mentionnons encore Sigmund, qui notamment sur 118 cas de syphilis observés à un âge avancé, après quarante-cinq ans chez la femme, après cinquante-cinq ans chez l'homme, ne put rencontrer un seul cas de réinfection (*Wiener med. Wochenschr.*, 1878). — Par contre, nombreux sont les syphiligraphes qui admettent la réinfection et disent en avoir observé des cas personnels. Köbner (*Berl. klin. Wochensch.*, 11 nov. 1872 : travail présenté le 17 nov. 1871 à la *Schleisischen Gesells. f. Vaterland. kultur*), dans un important mémoire, rappelle trois cas personnels qu'il observa en 1860 et 1861 à Paris, à l'hôpital du Midi, chez des malades traités pour leur première infection par Ricord et qu'il publia en 1864 (*Mittheilungen aus der derm.*, Erlangen, p. 72) : chez deux des malades, les chancres de réinfection furent suivis d'adénopathie inguinale dure et indolente; chez le troisième survinrent des symptômes secondaires. — A ces trois cas, il ajoute cinq nouvelles observations personnelles et donne le tableau des cas déjà publiés; il conclut que la syphilis constitutionnelle est curable, mais qu'un organisme déjà infecté de syphilis une première fois ne peut plus l'être une seconde fois au même degré.

V. Rinecker (*Verhandlung. der phys.-med. Gesellsch.* Wurtzburg, 1874; p. 16), tout en admettant en règle générale la loi d'unicité de Ricord, croit d'une part à l'auto-inoculabilité du chancre infectant en quelques cas, et d'autre part à la réinfection, tout en faisant la part de la difficulté de réunir des observations probantes.

Caspary (*Deutsche med. Wochenschr.*, 6 nov. 1875) admet la réinfection, mais il déclare qu'on n'a pas encore résolu la question de sa fréquence. E. Finger (*Prager mediz. Wochenschr.*, 1883) ne considère comme authentiques qu'une partie des observations publiées.

H. von Hebra (*Monatsheft f. prakt. Derm.*, p. 15, 1883) est un partisan plus déterminé encore.

J. Neumann (*Wiener med. Presse*, 1884 : *Sur la réinfection syphilitique.* — Peut-on avoir plusieurs fois la syphilis?), après un long historique de la question, pose les conditions qu'exige pour être valable une observation de réinfection, et à ce propos il donne douze observations de lésions secondaires et de gommes chancriformes chez d'anciens syphilitiques, qui, pour bien des auteurs, eussent constitué autant de cas de réinfection, mais qui n'en sont pas pour lui. — Il conclut que la réinfection n'est pas *a priori* si fréquente qu'on a bien voulu le dire. Il s'élève contre les auteurs qui se contentent, pour l'affirmer, d'une induration sans symptômes constitutionnels ultérieurs. La réinfection ainsi comprise, « sclérose, et syphilis générale

consécutive », est en réalité chose extrêmement rare, cela ne veut pas dire impossible ; les cas où les symptômes consécutifs manquent doivent être considérés comme des chancroïdes ou des gommes.

Lang (*Vorlesungen über Path. u. Ther. der Syph.*, 1886) admet aussi la réinfection, mais comme un fait exceptionnel.

Enfin, Rabitsch-Bey (*Wiener mediz. Wochenschrift*, 1886) croit à la réinfection en général, et en particulier à la réinfection au milieu de symptômes encore persistants de la première syphilis : il n'est donc pas nécessaire pour lui que la syphilis soit absolument éliminée de l'organisme, pour que celui-ci soit susceptible de réinfection : il cite à ce propos un cas de Ricord, où il s'agit d'un vieux soldat, souffrant d'une attaque invétérée de syphilis rebelle à tout traitement, qui eut une nouvelle syphilis, et guérit des deux syphilis par une nouvelle période de traitement; il est vrai qu'il n'est pas mentionné à quelle période en était l'ancienne syphilis, quand la nouvelle fut contractée. — Il est évident pour nous, disons-le en passant, que cette observation manque de trop de détails pour pouvoir être convenablement critiquée, mais *a priori* ce qui fut pris pour une seconde syphilis devait consister seulement dans un accident génital (pseudo-chancre) relevant de la première syphilis encore en activité, de l'aveu même de l'auteur.

En Angleterre également, les partisans de la réinfection sont nombreux : c'est ainsi qu'Hutchinson (*Reynold's System of medicin.*, t. I, 1870; art. SYPHILIS, p. 735) admet la réinfection, mais, dit-il, nous n'avons que des preuves peu convaincantes cliniquement sur la nature de la deuxième infection; il y a des raisons pour croire que les deuxièmes inoculations sont communes, et qu'ordinairement elles aboutissent seulement à un chancre abortif; en dehors d'une observation qu'il publie, il dit avoir vu plusieurs cas où il semble que le malade a eu réellement deux fois la syphilis. Dans son volume de 1887 (*Syphilis*), il dit (p. 16) : « Les secondes attaques ne sont pas très rares; dans quelques cas, j'ai eu la chance de voir, dans l'espace de six à dix ans, un deuxième chancre, suivi d'une éruption bien caractérisée. En général, la maladie est toujours modifiée dans la deuxième attaque, et les deuxièmes chancres ne parcourent pas la course usuelle du chancre, leur induration est souvent rapidement développée et disparaît très vite pour n'être suivie par rien de défini : le plus souvent, ils consistent seulement en ulcérations non indurées ou abortives. » Plus loin (p. 477), il groupe les cas de réinfection en quatre classes : 1° ceux où il ne se produit qu'un chancre abortif, non induré; ce sont les plus nombreux, beaucoup de chancres dits mous doivent leur non-induration à ce que le porteur a eu antérieurement la syphilis; 2° ceux où il se développe une lésion indurée, après une incubation très courte, sans adénopathie inguinale, ni symptômes constitu-

tionnels ultérieurement; 3° ceux où il apparaît un chancre induré, suivi de symptômes généraux simulant des lésions tertiaires plutôt que des accidents secondaires (forme éruptive de rupia-lupus, de gommes); l'intervalle entre les deux infections est court alors; 4° ceux enfin où la deuxième syphilis a le type d'une première attaque; l'intervalle est long alors entre les deux syphilis. Nous croyons que la dernière classe seule d'Hutchinson mérite la discussion, car les premières se rapportent évidemment à des faits de simples chancrelles ou de syphilomes chancriformes.

Gascoyen, dans un important mémoire lu à la *Royal med.-chir. Soc. de Londres*, le 24 nov. 1874, donne onze observations personnelles; il a vu lui-même dans sept cas les deux infections; dans trois autres cas, il n'a vu que la deuxième, la première ayant été observée par des médecins compétents. Sur les onze malades, dix avaient eu, lors de la première attaque, des accidents généraux; lors de leur deuxième attaque, six de ces malades eurent des accidents généraux, quatre autres un chancre seulement; un seul malade, qui n'avait eu la première fois qu'un chancre induré avec adénopathie, eut la deuxième fois un chancre induré et des lésions tertiaires, sans lésions secondaires. L'intervalle entre les deux infections a varié de un an et neuf mois à neuf ans. Il conclut en disant que l'induration du chancre prouve que la maladie est devenue générale, qu'elle est la première expression de la syphilis constitutionnelle au point d'inoculation; l'induration est le plus précoce des accidents secondaires, et sa présence est aussi caractéristique d'une contamination générale qu'une éruption ou des tubercules muqueux. Il termine par une théorie originale, par laquelle il distingue sous le nom d'inoculation syphilitique primitive l'inoculation d'un chancre suppurant qui donne après cinq à huit jours une pustule indurée, et sous le nom d'inoculation syphilitique secondaire celle d'un chancre non suppurant ou de plaques muqueuses qui détermine seulement après trois à six semaines d'incubation une papule dure qui s'ulcère. — C'est là, nous semble-t-il, une théorie qui rentre dans le cadre de l'unicisme.

H. Lee admet la réinfection, mais il pense que la syphilis de réinfection est plus courte, plus rapide, sans longue période d'incubation, sans grand développement ganglionnaire. Il admet par suite la curabilité de la syphilis (*The Lancet*, 1889).

Berkeley Hill et A. Cooper (*Syphilis*, 1881) admettent également la réinfection, mais ils pensent que bon nombre des cas publiés ne sont que des accidents de récidive.

J. Althaus (*Brit. med. Journ.*, 2 mars 1889) considère la syphilis comme absolument curable et admet qu'il y a des observations probantes de réinfection.

Parmi les adversaires de cette opinion, nous citerons Acton, qui,

répondant à la communication de Gascoyen, déclarait que les cas de cet auteur sont sujets aux mêmes objections que celles faites aux autres, notamment à Köbner : « en examinant les cas de réinfection publiés, on en trouverait bien peu de réels. » — W. R. Gowers (*Lettsomiann Lecture* à la *Med. Soc. of London*, 4 février 1889) déclare la syphilis absolument incurable. — D'autres comme Milton (*Edimb. med. Journ.*, 1886) n'osent se prononcer : « Depuis trois cent cinquante ans, dit-il, on se demande si le virus syphilitique est incurable, et on n'est arrivé à aucun résultat ferme. »

Les auteurs américains sont favorables, eux aussi, à la doctrine de la réinfection. Nous devons nommer ici en première ligne Taylor : dans un article du 18 décembre 1876 publié dans les *Archiv of Derm.* (1876-1877 ; p. 119), il admet formellement la réinfection, mais il est convaincu aussi que des cas douteux ont été acceptés comme des faits authentiques, notamment parmi ceux de Gascoyen. « Une histoire complète des deux attaques est essentielle ; un chancre induré, accompagné d'adénopathie générale, sans rien de plus, chez un syphilitique n'est pas un cas probant ; la survenance d'un chancre dur suivi à une période plus ou moins éloignée d'une éruption douteuse ou d'accidents tertiaires ne saurait être admise comme un fait de réinfection. » Il signale les erreurs commises en présence des chancres de retour, des indurations satellites. Il publie dans cet article son premier cas personnel. — En février 1883, Taylor communique un deuxième cas à la Société Dermatologique de New-York (*J. of cut. a. ven. Dis.*, 1882-1883, p. 205). — En 1885 (*Amer. dermat. Assoc.*, 28 août ; *J. of Amer. med. Assoc.*, 1885, p. 329), il republie son cas de 1876, auquel il ajoute deux cas inédits. — Enfin, en 1890, il communique à l'Amer. derm. Assoc. (3 sept.) un cinquième cas (voir in *J. of cut. a. gen.-urin. Dis.*, p. 457).

Dans leur traité (*Venereal Diseases*, 1883), Fr. Bumstead et R. Taylor, tout en admettant d'une manière générale la loi de Ricord, croient qu'il y a des exceptions à cette loi, moins nombreuses toutefois qu'on n'a voulu le dire : sur les soixante observations dont ils parlent, trente au moins ne seraient pour eux que des cas d'indurations de retour prises pour des chancres.

Van Buren et Keyes (*Surg. dis. of g.-u. organs*, éd. de 1888, par Keyes) admettent, mais avec grandes réserves, la réinfection.

Bangs (*Amer. med. Assoc.*, 9 mai 1888 ; *N.-Y. med. Record*, 26 mai 1888) croit à la réinfection, et aurait observé onze cas personnels, où elle se produisit cinq ans après la première infection.

Prince Morrow, qui admet la légitimité des cas de Taylor (*Amer. derm. Assoc.*, 1890), pense toutefois que la majorité des cas publiés ont été faussement interprétés. Klotz est du même avis.

Parmi les Italiens partisans de la réinfection, nous citerons

Scarenzio, C. Pellizari ; en Russie, Pospelow, N. Preis (*Meditzina*, 17 novembre 1889) qui aurait vu, dans les cinq dernières années, sept cas de réinfection (cinquante-huit mois, cinq ans, neuf ans, dix et douze ans après la première infection), B.-J. Rasoumoff (*Mediz. Obor.*, 1889, n° 4) qui a publié en grand détail une observation personnelle, Tarnowsky qui fait de grandes réserves toutefois.

Citons enfin : en Belgique Thiry, en Espagne Creus et Castelo y Serra, en Danemark Haslund et son élève Ehlers (Th. de Copenhague, 1891 : *Extirpation de la sclérose initiale syphilitique*, pp. 157 à 160).

De ce long historique, il ressort en somme que, malgré le nombre des observations publiées, il reste, et surtout en France, bon nombre d'éminents syphiligraphes non convaincus de la réalité des faits de réinfection. Ce scepticisme raisonné s'explique par les conditions rigoureuses et multiples que réclame pour être valable une semblable observation. Dès 1868, Fournier disait qu'une réinfection authentique doit se caractériser par l'apparition, chez un malade qui a eu plusieurs années auparavant un chancre et des accidents constitutionnels nets en série régulière, puis un silence prolongé de tout symptôme spécifique, d'un nouveau chancre développé après une incubation normale, et suivi lui-même, après une nouvelle incubation d'accidents secondaires dans leur ordre chronologique : la survenue de plaques muqueuses seules après le chancre n'a pas de signification ; une autre condition est la confrontation, et la démonstration que le malade réinfecté a eu des rapports avec un sujet contagieux.

Dans une clinique de 1885, Fournier revenait sur ce point et disait que, pour qu'on puisse affirmer la réinfection, il faut qu'on ait observé chez le même malade :

1° Un chancre induré, avec pléiade inguinale indolente ;

Quelques semaines après, une roséole ou une autre éruption secondaire ; de la céphalée, de l'alopécie passagère ; des plaques muqueuses ;

2° Un silence complet d'accidents secondaires, ou seulement des accidents tertiaires pendant quelques années ;

3° Un nouveau chancre induré survenu après un coït suspect, accompagné d'adénopathie caractéristique ;

Quelques semaines après ce chancre, une syphilide maculeuse ou papuleuse, des plaques muqueuses, de la céphalée, de l'alopécie.

Nous voyons d'ailleurs, à l'étranger, Caspary déclarer que le chancre induré, l'altération ganglionnaire de voisinage, des symptômes ultérieurs indubitables (adénopathie généralisée, lésions de la peau ou des muqueuses) sont nécessaires pour faire sûrement le diagnostic de réinfection.

Finger est du même avis, et dit qu'on n'a le droit de parler de réinfection que si un individu, dont la syphilis antérieure nous est connue, acquiert de nouveau une ulcération ou une infiltration suivie d'accidents consécutifs (adénopathies indolentes multiples, éruptions secondaires de la peau, lésions des muqueuses).

J. Neumann dit qu'une sclérose ne suffit pas pour affirmer la réinfection ; il faut qu'on observe tous les symptômes qui se voient dans l'évolution d'une syphilis récente (adénopathies multiples deux ou trois semaines, éruption généralisée deux mois après la nouvelle infection).

C'est aussi l'avis de Taylor qui exige, pour admettre la réinfection, une histoire indubitable de la première syphilis, et un second chancre accompagné d'adénopathie bien marquée, et suivi plus tard de manifestations secondaires indubitablement syphilitiques.

Il semblerait que, ces conditions réalisées, il n'y ait plus place pour la discussion, et cependant de combien de causes d'erreur une observation, même calquée sur ce cadre, n'est-elle pas susceptible ? Nous les avons indiquées, chemin faisant, dans notre historique.

Tout récemment (*Journ. of.Cut.*,1890,p. 488), Brocq les examinait en détail :

L'histoire de la première syphilis : mais combien n'est-elle pas difficile à établir souvent ! S'en rapporter au malade, cela n'a pas de valeur ; il faut le témoignage du médecin qui a assisté à cette première syphilis, qui l'a traitée, et il faut que ce médecin soit au courant de toutes les minuties et difficultés de la syphiligraphie ; il faut qu'il se rappelle que des lésions banales (balano-posthite, herpès, chancrelle) ont été prises pour des chancres, pour s'être doublées d'une induration non spécifique, déterminée par une cautérisation par exemple, ou par le siège même de ces lésions dans la rainure, où les indurations simples sont si fréquentes en raison de la structure de la région et de l'adhérence du tégument aux tissus sous-jacents sans couche celluleuse intermédiaire (Humbert, *Soc. de Derm.*, 1891). Le médecin devra se rappeler aussi qu'on a porté le diagnostic de lésions secondaires sur des dermatoses non syphilitiques (pityriasis rosé de Gibert, lichen plan, psoriasis aigu). Ce n'est que par la série chronologique d'accidents suffisamment nombreux que l'on sera en droit d'affirmer la syphilis.

Mais c'est surtout quand il s'agit d'affirmer la seconde syphilis que les causes d'erreur abondent : un syphilitique ancien, non guéri, peut voir survenir sur lui deux ordres de lésions : ou bien des lésions non syphilitiques qui prennent le masque de l'accident primitif, ou bien des lésions vraiment spécifiques, dépendant de sa syphilis non éteinte, et simulant soit l'accident primitif, soit des accidents secondaires. Dans le premier ordre de lésions, il faut placer

les herpès, les chancrelles, les érosions traumatiques, qui, si souvent chez les syphilitiques, réveillent l'induration ; si de plus, comme cela arrive parfois, elles s'accompagnent d'adénopathie inguinale indolente, il est absolument impossible de les distinguer objectivement du chancre le mieux caractérisé, d'autant que, comme le chancre, elles ont débuté par une excoriation qui ne s'est indurée que secondairement. D'autres fois, le chancre sera simulé par une syphilide ulcéreuse secondaire ou tertiaire, à base indurée, avec retentissement ganglionnaire. L'adénopathie inguinale satellite pourra être simulée par une adénopathie secondaire, reliquat de l'adénopathie généralisée de cette époque. Quant aux accidents secondaires de réinfection, et surtout les éruptions cutanées, dans combien de cas n'étaient-ils pas autre chose que ces roséoles tardives, érythémato-papuleuses, si bien décrites par Fournier, ou ces érythèmes tertiaires de Besnier (syphilides tertiaires érythémateuses de Vidal), que l'on peut voir survenir plusieurs années après le chancre. Supposons la coexistence d'une semblable éruption avec un pseudo-chancre (Rollet, Leloir), et le diagnostic de réinfection sera facilement fait, sans cependant être légitime.

Les observations de réinfection publiées jusqu'à ce jour sont nombreuses, mais, parmi elles, nous avons vu qu'une bonne partie, parfois la moitié, était récusée par les auteurs les moins suspects de scepticisme. Examinons-les sans parti pris, en les soumettant au contrôle des règles qu'exige Fournier.

Toutes ces observations peuvent être divisées au point de vue de leur étude en trois groupes :

1° Celles où la réinfection s'est traduite seulement par un chancre ;

2° Celles où la réinfection s'est manifestée par un chancre, avec adénopathie satellite ;

3° Celles enfin où la réinfection s'est caractérisée par un chancre, de l'adénopathie, et des accidents constitutionnels ultérieurs.

Premier groupe. — Aux termes mêmes des conditions requises par Fournier, Caspary, Neumann, Taylor, les observations de ce groupe n'ont pas de valeur. Nous pouvons y ranger quarante-cinq observations :

La première en date est d'Allingham (*Lancet*, 1850) : chancre induré en février ; en mai, syphilide squameuse sur le corps, plaques amygdaliennes ; en juillet, deuxième chancre induré qui dure six mois ; quelque temps après, gommes. (De l'avis d'Hutchinson, c'est un chancre redux, ou une ulcération d'induration satellite.)

Ricord (*Traité complet des mal. vénér.*, 1851) : en 1834, syphilis nette ; en 1845, tubercules de la région deltoïdienne gauche, suppurés ; peu près, apparition sur la face dorsale de la verge d'un tubercule

ulcéré, à base indurée, sans ganglions : inoculation négative. — C'est évidemment un pseudo-chancre tertiaire, et non une réinfection au cours d'accidents tertiaires.

Vidal (*Traité des mal. vén.*, 1853, p. 489) : en 1842, syphilis (en 1846, exostoses tibiales, syphilide ulcéreuse des membres) ; à la fin de 1846, chancre induré, sans ganglions. Plus tard (1850), syphilide squameuse qui dure deux ans, suppure et guérit par l'iodure. — Même interprétation que pour le cas de Ricord.

Rodet (*Gaz. méd. Lyon*, 1857) :

1° Chancre induré et adénopathie en septembre 1849 ; bubons suppurés le 8 octobre ; syphilide papuleuse le 10. — En février 1851, chancres multiples du sillon, du gland, du prépuce, dont un a une base indurée ; plaques muqueuses palatines. (C'est un pseudo-chancre secondaire.)

2° Syphilis en 1848 ; en février 1851, chancre non induré du gland ; en mai, ulcérations amygdaliennes, palatines, scrotales. — Même explication.

H. Lee (*Lancet*, 1862) : deux ans après un chancre suivi de syphilis constitutionnelle, deux nouveaux chancres indurés du gland ; quelques semaines après, éruption spécifique. — Il s'agit évidemment de pseudo-chancres.

Diday (*Archives de médecine*, 1862) :

1° Syphilis en 1860. — En juillet 1861, chancre près de la cicatrice du premier chancre, sans ganglions, ni accidents constitutionnels ultérieurs. (Pseudo-chancre) ;

2° Syphilis en janvier 1855. — En 1856, deux chancres indurés. (Pseudo-chancres) ;

3° (Due à Méric) : dix-huit mois après le début de la syphilis, chancre induré. (Pseudo-chancre) ;

4° En mai 1858, syphilis. — En décembre 1859, chancre induré. (Pseudo-chancre) ;

5° Deux ans après le début de la syphilis, chancre induré. (Pseudo-chancre) ;

6° Syphilis en janvier 1859 (vue par Ricord) ; plaques squameuses des mains en 1858 (vues par Diday) ; en octobre 1860, chancre induré préputial. (Pseudo-chancre) ;

7° Syphilis en 1855 (vue par Rodet). — En avril 1859, chancre du reflet préputial. Ce chancre, dit Diday, a été pris à une fille publique syphilitique. — Pour nous, c'est un pseudo-chancre ; la syphilis de la femme est une coïncidence ;

8° Syphilis en 1860. — En janvier 1861, chancre parcheminé de la lèvre, sans adénopathie. (Pseudo-chancre) ;

9° Syphilis en 1855 (vue par Ricord). — En décembre 1858, deux chancres indurés. (Pseudo-chancres) ;

10° Vingt-cinq ans après le début de la syphilis, chancre (20 février 1860). (Pseudo-chancre);

11° (Due à Allingham). Syphilis en janvier 1858. — En juillet, chancre. (Pseudo-chancre);

12° Syphilis constitutionnelle; puis quatre ans de suite, un chancre chaque année de moins en moins induré. (Pseudo-chancre);

13° En 1854, chancre induré du fourreau. — En janvier 1856, chancre induré. (Pseudo-chancre);

14° En octobre 1857, syphilis. — En mai 1859, chancre du méat; en juillet, ecthyma. (Pseudo-chancre au cours de la période secondo-tertiaire);

15° En 1855, syphilis. — En septembre 1858, chancre induré; en 1859, albuginite. (Pseudo-chancre.)

Diday (1863, *Hist. nat. de la syphilis*) :

1° En 1861, syphilis. — En septembre 1862, chancre induré. (Pseudo-chancre);

2° Il y a cinq ans, syphilis. — Il y a sept mois, chancre induré phagédénique vu par Fournier. (Pseudo-chancre);

3° Il y a trente-trois mois, syphilis (vue par Calvo); aujourd'hui (27 septembre 1862), deux chancres. (Pseudo-chancres);

4° (Due à Langlebert). Après dix-huit mois de syphilis, chancre induré. (Pseudo-chancre);

5° Syphilis en 1849. — Chancre induré en décembre 1862. (Pseudo-chancre.)

E. Corten (1865, *Presse médicale belge*): En mai 1864, trois chancres de la couronne, cautérisés au nitrate d'argent, sans accidents ultérieurs. — En janvier 1865, chancre induré du prépuce. (Le premier chancre a été induré par la cautérisation; la syphilis de 1864 n'est pas prouvée.)

Diday (1869, *Lyon médical*) : En 1858, syphilis. — En juillet 1868, chancre mou préputial, que Diday cautérise au nitrate acide de mercure, et qui s'indure six jours après, sans adénopathie, ni accidents ultérieurs. Diday en fait un chancroïde mixte. (C'est une induration artificielle.)

H. Köbner (1872, *l. c.*) :

1° Syphilis en octobre 1860. — En janvier 1865, psoriasis syphilitique de l'épaule gauche. — En juin 1865, érosions indurées du prépuce : on les inocule à l'hypogastre, et il se développe trois pustules, dont l'une devient un chancre mou. (Pseudo-chancres, probablement chancrelles indurées.)

2° Syphilis en 1864 (vue par Volkmann et Langenbeck). — En 1867, chancre induré pénien, survenu une semaine après coït. (Pseudo-chancre.)

3° Syphilis en 1866 (chancre, roséole, angine); en 1867, syphilides

tuberculeuses; en 1868, sarcocèle droit, exostose sternale. — En octobre 1871, ulcération indurée du gland (la femme du malade est saine; il a eu un coït suspect, mais il y a dix semaines). (Pseudo-chancre non contagieux, syphilide tertiaire ou herpès induré.)

Gascoyen (1874, *l. c.*) :

1° Syphilis en 1864. — En 1873, trois chancres indurés du prépuce. (Pseudo-chancres);

2° Syphilis en 1864 et 1865 (chancre, roséole, iritis et orchite doubles); gommes jusqu'en 1870, syphilis pulmonaire. — En 1873, chancre induré du pouce gauche, sans adénopathie, ni symptômes ultérieurs. (Ce n'est certainement pas un chancre du pouce);

3° En 1871, chancres indurés du frein, de la couronne, réulcérés deux fois; plaques muqueuses amygdaliennes. En 1873, érosion indurée de la couronne. (Pseudo-chancre).

Malherbe (1877, *Journal de médecine de l'Ouest; Gazette des hôpitaux*):

1° En 1870, syphilis légère. — En 1873, érosion papuleuse, à base un peu dure sur le gland. (Pseudo-chancre);

2° Après plusieurs années de syphilis, érosion de la rainure un peu indurée. (Induration de la rainure).

Hebra (1883, *Monatsheft*) :

Syphilis en 1854; gommes et syphilides ulcéreuses de 1865 à 1868. — Silence de 1868 à 1882 (mariage du malade en 1870 : deux enfants sains). — En octobre 1882, œdème préputial induré, étendu sur le gland, écoulement uréthral avec érosion de la muqueuse. Rien dans la suite. (Probablement syphilome tertiaire uréthral et préputial.)

Hutchinson (1887, *Syphilis*) :

1° Neuf mois après chancre induré, nouveau chancre au milieu de symptômes secondaires. (Pseudo-chancre);

2° Syphilis; mariage trois ans après : enfants sains. — Trente-cinq ans après (en 1885), vingt-deux jours après un coït suspect, pendant lequel le malade était déjà porteur d'une ulcération du frein, chancre phagédénique, d'abord mou, puis induré à sa base. (Pseudo-chancre, probablement chancrelle indurée);

3° Chancre phagédénique après plusieurs années de syphilis chez un Égyptien. (Pseudo-chancre);

4° Après quatre ans de syphilis, chancre pénien survenant au milieu de symptômes tertiaires (gomme du palais). (Pseudo-chancre tertiaire, gomme du pénis);

5° Après vingt ans de syphilis, dont dix-sept ans de silence, chancre phagédénique; bientôt après, gommes du crâne, du tibia, nécrose du maxillaire inférieur, ophthalmoplégie externe. (Pseudo-chancre, syphilide gommeuse au cours d'accidents tertiaires);

6° Syphilis; quatre ans après, chancre phagédénique du pénis. (Pseudo-chancre).

A. Bernard (1889, 23 mars, *Brit. med. Journ.*) : En 1882, syphilis ; en 1889, après quatre ans de silence, chancre induré du fourreau. (Pseudo-chancre.)

Saafeld (1891, 23 avril, *Soc. de Méd. de Berlin*) : En 1887, balanite, phimosis et deux chancres indurés de la verge, sans ganglions, acné du cuir chevelu, plaques muqueuses. — Il y a huit jours, ulcération indurée du prépuce datant de six semaines. (Pseudo-chancre.)

Deuxième groupe d'observations. — Chancre et adénopathie satellite. — Ces observations ne sont pas probantes pour Fournier, Neumann, Taylor. Nous en avons réuni treize.

Rodet (1857, *l. c.*) : Syphilis en février 1851 (chancres du sillon, puis ganglions cervicaux, plaques muqueuses). — En mars 1852, deux chancres du sillon, dont un induré ; adénopathie inguinale ; quelques jours après, papules de la verge, plaques muqueuses anales. (Pseudo-chancres, au cours d'accidents de récidive de la première syphilis ; « les seconds chancres, dit Diday, étaient indurés par le fait de leur siège à la place même des premiers, primitivement indurés ».)

Zeissl (1858, *Zeitschrift der K. K. Gesells. der Ærtzte zu Wien*) : En 1848, syphilis (chancre, syphilide papulo-tuberculeuse généralisée, exostoses frontales). — En 1856, érosion du repli, qu'on panse au sous-acétate de plomb, et qui s'indure après huit jours. Adénopathie inguinale gauche. (Induration artificielle d'une lésion banale.)

Ricord et Fournier (1860, *Leç. sur le chancre*) : Après cinq ans de syphilis, chancre et adénopathie inguinale. (Pseudo-chancre.)

Diday (1862, *l. c.*) :

1° En février 1859, syphilis (chancre vu par Clerc, roséole, plaques muqueuses). — En avril 1860, chancre nouveau, que Clerc ne considère pas comme infectant et cautérise à la pâte de Vienne ; Diday le voit trois mois après, induré et accompagné d'adénopathie douloureuse. (Pseudo-chancre avec induration artificielle) ;

2° Syphilis en 1853. — En mars 1856, chancre induré. Quelque temps après, adénopathie inguinale gauche douloureuse. (Pseudo-chancre.)

Köbner (1872, *l. c.*) :

1° Syphilis en 1857. — En 1860, chancre induré préputial (vu par Cullerier) ; huit jours après, adénopathie inguinale droite. (Pseudo-chancre) ;

2° Après dix-huit mois de syphilis, chancre induré de la couronne en 1861, adénopathie inguinale dure (du volume d'un pois). (Pseudo-chancre) ;

3° Il y a dix-huit mois, syphilis (chancre, plaques muqueuses, iritis, syphilide tuberculeuse, vue par Clerc). Aujourd'hui (1861), ulcération indurée du gland, adénopathie inguinale indolente et dure :

Gibert dit chancre induré, Clerc dit érosion indurée sous l'influence de la syphilis secondaire. (Pseudo-chancre.)

Rinecker (1874, *l. c.*) : Syphilis à dix-sept ans; à vingt-six ans, accouchement d'un enfant sain, mais avant terme; à trente-neuf ans (janvier 1872), chancres indurés multiples, survenus, trois semaines après un coït suspect, sur les grandes et les petites lèvres; adénopathie inguinale multiple. — En octobre, la malade présente une syphilide tuberculeuse serpigineuse, une ostéite gommeuse du tibia gauche et une perforation palatine. (Pour nous, il s'agit de pseudo-chancres, et les lésions tertiaires d'octobre 1872 montrent bien que la première syphilis n'était pas encore éteinte.)

Gascoyen (1874, *l. c.*) :

1° En 1863, chancre induré et adénopathie inguinale; pas d'accidents constitutionnels. — En novembre 1867, trois érosions indurées, adénopathie inguinale; en mars 1868, plaques indurées de la couronne et du gland; en octobre 1868, gommes de la cuisse droite. (La première syphilis est des plus douteuses; si on l'admet, les lésions de 1867 et 1868 ne sont que des accidents tertiaires de cette syphilis);

2° En 1865, syphilis. — En 1871, chancre du pénis, adénopathie inguinale (suppurée à gauche). (Pseudo-chancre chancrelleux);

3° Syphilis en 1862. — En 1868, érosion préputiale, cautérisée avec l'acide nitrique et de la pierre bleue, qui s'indure; adénopathie inguinale douloureuse. (Induration artificielle d'une lésion banale.)

B. Hill et A. Cooper (1881, *l. c.*) : Syphilis en 1854. — En 1865, lésion d'inoculation d'un doigt (suppuration du doigt et de l'ongle), adénopathie axillaire; puis hypertrophie du foie et jaunisse. (Rien ne prouve que ce soit une inoculation syphilitique, au contraire.)

Troisième groupe : Observations où la réinfection s'est manifestée non seulement par un chancre avec adénopathie, mais par une série d'accidents consécutifs. — C'est dans ce groupe seul que nous avons chance de rencontrer des observations démonstratives; encore faut-il que les accidents de deuxième infection se présentent en série chronologique, et d'autre part que la preuve de la première syphilis soit nettement faite. Nous avons réuni quatre-vingt-dix observations de ce groupe; comme nous le verrons par leur dépouillement, elles sont d'une valeur très inégale : nous insisterons sur les plus importantes.

L'une des plus anciennes, et aussi l'une de celles qui furent le plus discutées, est due à Follin (1853. *Moniteur des Hôpitaux*). Il s'agit d'un malade, qui eut, en septembre 1850, un chancre préputial; entré au Midi au quinzième jour de son chancre, avec des ganglions inguinaux non suppurés, il fut soigné par Puche qui diagnostiqua : chancre induré térébrant de l'impasse de prépuce en haut, ganglion inguinal gauche (le dernier coït remontait à quarante-six jours avant

l'apparition du chancre) : il prit des pilules de proto-iodure, et sortit au bout d'un mois et demi sans accidents constitutionnels. — Le 14 octobre 1853, il revient au Midi (service de Vidal), avec un vaste chancre induré du dos de la face cutané du prépuce, datant de deux mois, à base dure étendue ; adénopathie inguinale très marquée, syphilide érythémateuse du tronc, ganglions cervicaux postérieurs. Cette observation fut successivement repoussée, puis admise par Ricord; Diday, qui la repousse d'abord (*Gaz.hebd.*, 1853-54, p. 238) en disant que le deuxième chancre est un chancre sur l'induration persistante du premier chancre térébrant, l'admet en 1862. — (On peut reprocher tout d'abord que la première syphilis n'est pas prouvée absolument, en raison de l'absence de symptômes constitutionnels; aurait-elle existé manifestement, que les accidents dits de deuxième infection (chancre, adénopathie, roséole) n'ont pas été suivis assez longtemps pour qu'on ne puisse les interpréter comme pseudo-chancre et roséole tardive, dépendant de l'ancienne infection.)

Rodet (1857, *l. c.*) : En octobre 1849, chancre induré du sillon; en février 1850, plaques muqueuses anales, labiales, amygdaliennes; syphilide papulo-squameuse, adénopathie cervicale, alopécie. — En septembre 1853, chancre du sillon qui s'indure; quinze jours après, céphalalgie, douleurs articulaires ; en janvier 1854, roséole; en février, plaques muqueuses labiales et linguales. — Diday y voit un cas de vérole « en deux livraisons complémentaires ». Nous croyons que c'est un cas de pseudo-chancre au début d'une poussée récidivante, car le deuxième chancre ne s'est pas accompagné d'adénopathie notable.

Boulogne (1859, *Mém. de méd. et chir. miltaires*, p. 428) :

1° En 1847, chancre induré préputial, puis roséole, plaques muqueuses (vu par Ricord). — En 1855, chancre phagédénique. — En décembre 1857, Boulogne constate : une exostose du troisième métacarpien gauche datant de quelques mois, et un chancre induré de l'urèthre (écoulement séro-purulent peu abondant, induration de la portion balanique du canal, dont la muqueuse est ulcérée). Pas de ganglions. Deux mois après, syphilides scrotales et de la verge, adénopathies multiples. (Nous y verrions volontiers un cas d'infiltration gommeuse tertiaire de l'urèthre; l'absence d'adénopathie et d'accidents consécutifs en série régulière nous empêche d'y voir un cas de réinfection.)

2° En 1853, syphilis (chancre de la fourchette, roséole, alopécie, plaques muqueuses), au dire de la malade. En 1858, la malade (qui vient de contaminer un officier) présente une ulcération de la face postérieure du vagin à base indurée, avec adénopathie inguinale double, et un mois après de la roséole, des plaques muqueuses multiples, de l'adénopathie généralisée. (Sans compter que la première syphilis

n'est affirmée que par le dire de la malade, il nous est difficile de reconnaître un chancre dans la lésion vaginale.)

Delestre (1860, 14 janvier. *Mon. des Sc. médicales*) : En 1838, chancre induré, adénopathie inguinale double, roséole, plaques muqueuses des bourses et sur la cicatrice du chancre. Ricord, qui soigne le malade au Midi, diagnostique : chancre, syphilis. — L'induration du chancre persista vingt ans. — En juin 1859, trois semaines après un rapport suspect, le malade présente un chancre du fourreau, et, deux ou trois jours après, deux autres chancres (un sur le fourreau, et un sur l'ancienne cicatrice, au niveau du sillon); adénopathie inguinale, double, indolente ; adénopathie cervicale postérieure. — Deux mois après, quelques taches rosées et papules sur le ventre; huit jours encore après, syphilide papuleuse lenticulaire généralisée, et plaques muqueuses de la luette, croûtes dans les cheveux (guérison en trois semaines par le proto-iodure). « M. Bauchet, dans le service duquel était le malade, a laissé MM. Ricord, Cullerier et Puche l'examiner et l'interroger, et ce n'est qu'après leur examen fait avec soin et la confirmation de son diagnostic que M. Bauchet m'a autorisé à publier cette observation. » — (Cette observation est en effet admise par Ricord, Diday.)

Ricord et Fournier (1860, *Leç. sur le chancre*, p. 232) : Fournier parle de deux malades syphilitiques depuis longtemps, et chez qui Ricord a pu voir un deuxième chancre induré, avec adénopathie et accidents constitutionnels ultérieurs ; malheureusement nous n'avons pas de détails sur ces cas, nous croyons que l'un d'eux est le cas de Delestre et Bauchet.

Lindvurm (*Wurtzb. mediz. Zeitschrift*, 1862, p. 152) : Un homme, atteint il y a plusieurs années de syphilis constitutionnelle sérieuse, traité dans différents hôpitaux et guéri, mais portant encore sur lui des preuves évidentes de sa maladie, eut ensuite un chancre induré, récemment acquis, avec adénopathie et roséole. (L'observation manque de trop de détails pour être convaincante.)

Diday (1862, *l. c.*) :

1° (Due à Méric) : En mai 1854, syphilis constitutionnelle. — En février 1861, couronne de chancres du gland, dont un très dur sur l'ancienne cicatrice; syphilide papuleuse sur les bras et le tronc. (Pseudo-chancre et érythème tertiaire probablement);

2° (Due à Chassagny) : En 1849, syphilis (chancre, accidents secondaires, pas de plaques muqueuses). — En 1851, chancre induré; quelques semaines après, alopécie, roséole. (Pseudo-chancre et roséole de retour);

3° En mars 1855, syphilis (chancre, roséole, alopécie, plaques amygdaliennes). — En juillet 1860, chancre de la lèvre inférieure à droite, adénopathie sous-maxillaire; en octobre, roséole, plaques muqueuses du gosier. — Diday n'a pas vu le chancre, mais seule-

ment la cicatrice indurée. (Remarquons qu'en 1858 le malade avait eu des ulcérations des amygdales et des narines, ce qui rend probable que les lésions de 1860 n'étaient que des retours d'une syphilis non éteinte);

4° (De Rodet : *Soc. méd. de Lyon,* 5 mai 1862) : Il y a six ans, syphilis (chancre de la lèvre supérieure, adénopathie sous-maxillaire, papules, plaques muqueuses). Il y a six mois, chancre induré labial, adénopathie légère; deux mois après, roséole. (Pseudo-chancre);

5° En mars 1852, quatre chancres indurés, roséole, alopécie. En août 1855, chancre du reflet préputial, induré ; céphalée, opalescence des amygdales, plaques muqueuses des bourses, des orteils, du prépuce, ganglions sous-occipitaux. (Remarquons qu'il n'y a eu ni adénopathie inguinale, ni roséole : pseudo-chancre dans une poussée récidivante);

6° (Due à Langlebert) : Syphilis en avril 1856. — En avril 1858, chancre mou, phimosis et paraphimosis. Sur le bourrelet du paraphimosis, fissure qui s'indure, adénopathie inguinale double; en août 1858, roséole, plaques muqueuses, ganglions cervicaux. (Pseudo-chancre dans une poussée secondaire);

7° En juillet 1857, chancre (vu par Rodet), puis plaques muqueuses anales, amygdaliennes, squames palmaires. — En août 1860, chancre siégeant près de la place du premier; trois mois après, plaques muqueuses scrotales, squames plantaires. (Pseudo-chancre);

8° En 1838, chancre induré (vu par Ricord), syphilide cutanée. — Dix-sept ans de silence. — En mars 1856, Diday constate une cicatrice indurée sur le fourreau; puis vinrent des papules, des tubercules, de l'ecthyma et une carie palatine. (Pseudo-chancre au début d'une poussée tertiaire);

9° En septembre 1855, chancre induré (vu par Diday), adénopathie (?). — En août 1856, trois chancres parcheminés; en octobre, roséole, céphalée, plaques muqueuses anales et amygdaliennes. (Rien ne prouve la première syphilis);

10° En février 1854, chancre induré ; en août 1855, chancre induré; en janvier 1856, deux chancres préputiaux, d'abord mous, puis parcheminés, adénopathie inguinale double; en février, céphalée; en mars, alopécie légère, ganglions sous-occipitaux. (Impossible d'affirmer que les chancres de 1854 et 1855 étaient syphilitiques.)

Diday (1863, *l. c.*) (due à Rodet) : En mai 1860, chancre induré préputial et adénopathie inguinale double indurée. — En mai 1862, quatorze jours après un coït suspect, deux rougeurs du sillon qui sont cautérisées et s'indurent; un peu d'adénopathie inguinale à gauche et trois papules dans la main droite, une dans la main gauche, le mois suivant. (Pseudo-chancres, ou indurations artificielles.)

Hardie (1864) : Un an après un chancre induré, avec adénopathie, et

suivi d'une éruption cutanée, chancre du doigt, et accidents secondaires. (Nous manquons de détails aussi bien sur la première syphilis que sur la deuxième.)

Dardel (1865, *Gaz. méd. de Lyon*, p. 366) : En mai 1858 (29 jours après coït), ulcération du reflet qui s'indure; adénopathie inguinale double (pléiade); transformation *in situ* en plaque muqueuse; en juin, céphalée, roséole, alopécie, angine; en juillet, iritis; en 1859, et en 1860, squames plantaires, plaques à la gorge. — En 1863, cinq jours après coït, au siège du premier chancre, érosion à base indurée, le lendemain deuxième érosion non indurée (inoculation négative des deux érosions); adénopathie inguinale double; en novembre, induration de la deuxième érosion, céphalée, alopécie; en décembre, acné frontale. (Pseudo-chancre : l'éruption acnéique n'a pas de caractère démonstratif.)

R. Bergh (1865, *Hospitals Tidende*. Copenhague) (1) :

1° Syphilis en 1855 (chancre induré qui dura trois mois, et traitement mercuriel). — En 1858, induration qui dura soixante-dix-neuf jours, syphilide érythémateuse, croûtes dans les cheveux, syphilide tuberculeuse à caractère de rupia. (Bergh lui-même donne cette observation comme douteuse; c'est probablement un pseudo-chancre);

2° En 1840, blennorrhagie, et ulcération du gland suivie après quelques mois d'une éruption et d'angine : traitement mercuriel. — Silence prolongé, sauf une angine traitée par l'iodure. — Il y a quatorze mois (trois ou quatre jours après le coït), ulcération du gland qui cicatrisa en un mois en laissant une induration; huit semaines après, angine et prodromes. — Aujourd'hui (1860), restant d'induration dans la rainure, pas d'adénopathie, roséole, croûtes du cuir chevelu, papules muqueuses. (Cette observation ne paraît pas à Bergh lui-même tout à fait hors de critique. — En effet, rien n'est plus douteux que la première syphilis);

3° En mars 1858, prodromes syphilitiques, adénopathies multiples, roséole (l'amant de la malade n'a rien). — Le 20 mai 1865 (trois semaines après le coït), induration excoriée des grandes lèvres, adénopathie inguinale, céphalée; quatre mois et demi après, syphilide papuleuse. Or l'amant de la malade, vu le 22 mai, disait que douze jours après un rapport avec une fille publique, il venait d'avoir une excoriation dure de la verge; cinq semaines après, ulcération indurée, adénopathie inguinale, syphilide papuleuse. (La syphilis de 1865 semble nette et résulter chez la femme de celle de l'amant; celle de 1858 est bien douteuse, d'autant que l'amant de la malade n'a rien eu à cette époque.)

Gailleton (1867, *Gaz. méd. de Lyon*) : En avril 1867, deux chancres

(1) Nous devons à l'extrême obligeance de M. le D[r] Ehlers (de Copenhague) la communication et la traduction des observations de Bergh et d'Engelsted.

préputiaux, dont un de la rainure, adénopathie inguinale gauche; pas d'accidents secondaires. — Dron inocule le malade à la cuisse gauche le 13 et le 19 : inoculation positive (ulcération à bords décollés, dont l'inoculation à la cuisse droite est positive). Diday et Gailleton font de la première lésion un chancre mixte. — En novembre 1867, induration préputiale, adénopathie inguinale, roséole, syphilide papuleuse. (Induration de retour dans une poussée secondaire.)

Engelsted (*Beretning om Kjobenhavns Kommune hospital*, 1868, p. 122) : Syphilis en 1861 (traitée à l'hôpital général de décembre 1861 à février 1862) : ulcération du gland et du prépuce, adénopathie indolente, plaques muqueuses. — En janvier 1868, induration ulcérée, adénopathie indolente, syphilide papuleuse en groupe. (Pseudo-chancre et érythème tertiaire).

Hutchinson (1870. *Reynold's Syst. of med.*, t. I) : Syphilis chez un médecin en 1860; traitement de deux ans fait par Hutchinson. — En 1865, ulcération qui s'indure; un mois après, roséole, rougeur amygdalienne. Hutchinson fait remarquer que le même malade avait eu deux varioles en quatre ans. (Remarquons qu'il n'est pas noté d'adénopathie avec le deuxième chancre : ce pourrait bien n'être qu'un pseudo-chancre tertiaire, avec érythème de même époque.)

Köbner (1872, *l. c.*) :

1° Syphilis en 1857 (chancre, roséole, plaques muqueuses) soignée par Ricord. — En 1861, chancre induré préputial avec adénopathie inguinale, soigné par Cusco; quelques semaines après, roséole. (Pseudo-chancre et roséole de retour);

2° En 1863, chancres mous, bubons suppurés, ecthyma syphilitique. — En 1866, chancre induré préputial, adénopathie inguinale gauche, plaques muqueuses labiales. (La syphilis de 1863 n'est pas prouvée.)

Baumler (1874, *Ziemssen's Handb.*, t. III p. 68) : En 1864, syphilis vue par Rasch de Londres (chancre induré, roséole des plus douteuses). — Il contagionne sa femme que Baumler voit atteinte d'iritis et de condylomes. — En 1870, ulcération du frein, indurée; adénopathie inguinale; roséole du cou, des membres et de la partie inférieure de l'abdomen. (Remarquons que, malgré la contagion de la femme du malade, la première syphilis n'est pas absolument démontrée.)

Lancereaux (1874, *Traité de la Syphilis*) parle d'un de ses élèves qui aurait eu deux fois la syphilis, et chaque fois un chancre et une roséole; mais nous n'avons pas assez de détails pour nous faire une opinion définitive.

Hutchinson (1874, *The Lancet*) : En 1856, chancre induré; en 1861, chancre induré et rupia (c'était probablement un pseudo-chancre); en 1870, chancre pénien; six semaines après, éruption qui devient progressivement profuse, ulcéreuse sur la face et le cuir chevelu, à

forme de rupia. (Il s'agit évidemment d'un pseudo-chancre au début d'une poussée tertiaire.)

Gascoyen (1874, *l. c.*) :

1° En 1864, chancre induré de la couronne, roséole, lichen syphilitique. — Silence jusqu'en 1870. — En 1870, chancre induré; trois semaines après, roséole, psoriasis syphilitique, plaques muqueuses; jusqu'en 1873, récidives de plaques muqueuses. — Les deux infections ont été vues par Gascoyen. (Gascoyen ne signale pas d'adénopathie avec le chancre de 1870, les accidents de ce moment ne sont peut-être qu'une poussée de la première syphilis, avec pseudo-chancre);

2° En 1857, chancre et éruption (au dire du malade); en 1858, psoriasis palmaire. — En 1866, chancres indurés préputiaux, adénopathie inguinale, de chaque côté un ganglion ramolli et douloureux, roséole. (Le cas est douteux, en raison des caractères de l'adénopathie de 1866);

3° En 1866, chancre induré de la couronne, adénopathie inguinale, plaques muqueuses, éruption pustulo-squameuse. — En 1868, chancre et éruption (au dire du malade). — En 1871, éruption pustuleuse. (Le chancre de 1868 n'était probablement qu'un pseudo-chancre);

4° En 1868, chancre induré du méat et de l'urèthre, adénopathie inguinale douloureuse. Pas de symptômes secondaires. — En 1870, chancre induré préputial, adénopathie inguinale, psoriasis du tronc, plaques muqueuses. — En 1872, chancre induré de la couronne, adénopathie inguinale suppurée, plaques muqueuses. (Nous objecterons d'abord que la première syphilis est fort douteuse, ensuite que le chancre de 1872 ne fut probablement qu'une chancrelle indurée);

5° En 1872, ulcère de chaque côté de la vulve, ulcération anale, adénopathie inguinale, psoriasis (accidents soignés par James Lane avec le mercure). — En 1874, ulcération du col, induration de la grande lèvre droite, adénopathie inguinale, plaques amygdaliennes. (Pseudo-chancre secondaire.)

Caspary (*Vierteljahresschr. f. Derm.*, 1876) :

1° Syphilis en 1867 (notamment iritis). — Silence depuis 1867. — En janvier 1869, chancre induré préputial, adénopathie généralisée, syphilide maculeuse. (Pseudo-chancre, et roséole de retour);

2° Syphilis en 1862 (chancre, éruptions cutanées, plaques muqueuses). — Silence de 1862 à 1875. — En avril 1875, induration de la couronne non ulcérée; en juin, papules sur le scrotum, le front, les membres, ganglions de l'aine et du cou, plaques amygdaliennes. (Nous considérons cette observation comme relativement probante, quoique la lésion de 1875 n'ait pas nettement l'aspect d'un chancre et que l'adénopathie inguinale ne se soit produite que deux mois après.)

3° En 1871, syphilis (chancre, adénopathie, roséole, syphilide papuleuse). — Silence de quatre ans. — En 1875, ulcération indurée de la couronne, adénopathie, roséole, papules, douleurs des jointures, érosion palatine. (Nous croirions volontiers à un pseudo-chancre dans une poussée de récidive.)

Stitzer (*Vierteljahresschr. f. Derm.*, 1876) : En décembre 1875, quatre jours après coït, deux chancres mous de la face interne du prépuce (cautérisés au nitrate d'argent) ; bubon inguinal gauche qui suppure et est incisé. — Le 23 décembre, blennorrhagie et excoriation du méat, qui devient chancroïde. — En février 1876, adénopathie inguinale et cervicale, puis syphilis généralisée. — Or, au dire du malade, il avait eu, en novembre 1873, une induration du prépuce, à la place même de celle d'aujourd'hui ; en mars 1874, roséole ; puis, plus rien. (D'une part, l'auteur est peu explicite sur la première syphilis, d'autre part, les lésions de 1875-76 n'entraînent pas la conviction.)

Taylor (1876, *Archiv of Dermatology*, p. 119 ; et 1885, *Journ. of Amer. med. Assoc.*, p. 329) : En 1885, syphilis soignée par Van Buren (chancre induré avec adénopathie inguinale indolente ; deux mois après, roséole, plaques muqueuses buccales, alopécie, douleurs nocturnes dans les jointures, puis éruption papuleuse) : traitement mercuriel de quatre ans. — De 1867 à 1870, silence, sauf une gonorrhée en 1868 : Taylor constate alors de l'adénopathie cervicale, épitrochléenne, et un bubon inguinal droit suppuré. — En février 1870, Taylor revoit le malade avec un chancre induré du pubis : comme incubation, aspect, adénopathie satellite, c'est le type d'un accident primitif ; en avril, éruption papuleuse sur tout le corps et le front, érythémateuse sur la face, avec larges plaques autour de la bouche ; plaques muqueuses sur les piliers, gorge rouge et tuméfiée. Bientôt, douleurs nocturnes des jointures, tuméfaction des tissus fibreux du poignet, épididymite double de Dron. — Lésions récidivantes pendant six mois, puis lésions tertiaires jusqu'en 1873 (gommes de la peau). Depuis 1874, aucune lésion. Taylor le revoit en 1882 : il était marié et père d'un enfant sain. (Il est évident que les accidents de 1870 à 1874 sont nettement syphilitiques : relèvent-ils de la première infection ? C'est fort possible, et les lésions de 1870 peuvent n'avoir été qu'un pseudo-chancre avec roséole de retour et poussée de syphilides muqueuses. L'épididymite peut être rattachée aux gommes de 1871 et 1873, qui seraient des manifestations tertiaires de la syphilis de 1865. — Il n'en est pas moins vrai que cette observation nous semble une de celles qui réalisent à peu près les conditions requises par Fournier.)

Antony (*Gaz. des hôp.*, 1877, p. 970) : En 1871, chancre induré du sillon, adénopathie inguinale, roséole, plaques muqueuses, psoriasis palmaire. — En décembre 1873, chancre induré du sillon,

adénopathie inguinale, plaques muqueuses. (Pseudo-chancre secondaire.)

Lemaire (*Gaz. des hôp.*, 1877, p. 1038) :

1° Syphilis en 1862 (chancre, syphilides, onyxis, iritis). — En 1872, deux chancres du prépuce, que Lemaire cautérise chaque jour au nitrate d'argent. Pas d'adénopathie. En juin, quelques papules aux doigts, aux coudes et aux cuisses. (Induration artificielle de lésion non spécifique) ;

2° A la fin de 1862, chancre, bubon suppuré, angine, papules aux mains et aux pieds pendant deux ans. — Silence jusqu'en 1873. — En mars 1873, chancre qui s'indure; 12 avril, roséole; 25 mai, papules sur les doigts; en septembre, plaque sur la luette et le pilier antérieur droit. (La première syphilis est douteuse avant tout; la série des accidents de 1873 n'a pas un ordre et surtout une richesse telle, qu'elle impose la conviction d'une nouvelle infection.)

Vénot (1876, *Bordeaux médical*, p. 100) : En avril 1875, chancre induré (vu par Fournier), puis syphilis légère. — Poussée de récidive en juillet. — En octobre 1876, deux chancres de la rainure, indurés; ganglions inguinaux à droite. — 8 novembre, céphalée; 15 novembre, roséole qui dure vingt jours. (Pseudo-chancres, et roséole de retour.)

Tanturri (*Il Morgagni*, 1878, p. 355) : A la fin de novembre, trois chancres (deux du frein, un du prépuce) qui s'indurent; le 21 décembre (26 jours après), adénopathie inguinale, fièvre, céphalée. Le 13 mars de l'année suivante, chancre induré et ganglions; le 26, roséole légère. (Pseudo-chancre.)

S. Douaud (*Journ. de méd. de Bordeaux*, 1878-79, p. 128) : En 1869, chancre induré, pléiade inguinale, roséole, syphilide papuleuse, plaques muqueuses buccales, ganglions cervicaux. — En 1878, chancre de la verge; éruption érythémateuse et papuleuse (produite, dit l'auteur, en partie par un Rob, en partie par la syphilis), plaques anales et buccales. — Il contamine alors sa femme et a de la céphalée, des douleurs ostéocopes. Il meurt trois mois après d'accidents cérébraux. (Nous croyons à un pseudo-chancre; l'éruption cutanée de 1878 est mal caractérisée; quant à la contamination de la femme épousée en 1872, elle s'explique par la contagiosité de la syphilide pseudo-chancreuse, survenue après un long silence d'accidents spécifiques.)

Rizet (1879, *Mém. de méd. et chir. militaires*, p. 602) :

1° En août 1871, six semaines après coït, excoriation du repli balano-préputial à gauche; huit jours après, œdème du prépuce et de la verge. Deux ganglions indurés dans l'aine. — Le 4 novembre 1871, induration à gauche du frein, roséole, plaques du voile, alopécie : Simonnet diagnostiqua syphilis. — Le 29 août 1877, cinq semaines après coït, chancre induré entre le gland et le prépuce, laissant une induration rebelle; en décembre, roséole, deux ganglions inguinaux

à droite; puis, un ganglion cervical, papules sur le tronc, plaques muqueuses (lèvres, voile, anus), alopécie totale des cheveux et des moustaches. (Probablement syphilide chancriforme en 1877 ; en décembre, accidents de récidive : l'alopécie n'a pas le type de l'alopécie syphilitique) ;

2° En juillet 1871, deux chancres indurés, adénopathie inguinale suppurée; en août, roséole durant sept à huit jours, plaques muqueuses, alopécie. — En septembre 1878, chancre induré de la base du gland, pléiade; en octobre, roséole, plaques muqueuses de l'amygdale gauche, alopécie. (Pseudo-chancre, et accidents de récidive.)

Masse (1881, *Gaz. hebd. Sc. méd. de Bordeaux*; 1885, *Mémoires de méd. et de chirurgie*) : Il y a deux ans, syphilis (chancre induré préputial, après trois semaines d'incubation ; adénopathie inguinale dure ; puis, roséole, plaques linguales et anales; alopécie, et plusieurs poussées de syphilides. — Il y a un an, syphilide tuberculo-ulcéreuse, douleurs ostéocopes, céphalalgie, diplopie (paralysie de la troisième paire). — Il y a deux mois, chancre induré préputial, adénopathie inguinale ; il y a quelques jours, plaques muqueuses. (Syphilide chancriforme).

Mallet (1881, *Montpellier médical*, p. 494) :

1° Il y a neuf ans, syphilis (chancre et adénopathie, alopécie, plaques muqueuses). — Aujourd'hui chancre induré à gauche du frein vu par Estor ; soixante jours après, accidents secondaires. (Cette observation manque de détails suffisants).

2° En 1860, chancres avec phimosis, vite guéris, adénopathie inguinale; puis, après cinquante à soixante jours, accidents secondaires (plaques muqueuses buccales, douleurs ostéocopes, éruption cutanée frontale). — En 1869, chancre vite guéri; deux ou trois mois après, roséole généralisée. — En 1872, syphilides sur les amygdales et les piliers. (Mêmes objections que pour la précédente observation.)

Sturgis (*Amer. Journ. of med. Sc.*, 1882, avril) : Deux chancres suivis de syphilide maculeuse, adénopathie généralisée, iritis double, douleurs ostéocopes ; vingt-trois mois après, deux chancres préputiaux, trois jours après le coït : inoculation positive; puis, syphilide maculeuse, et symptômes secondaires précoces. (Que devons-nous penser de ce chancre, dont l'inoculation est positive, si ce n'est que c'était une chancrelle ?)

C. Pellizari (1882, mars, *lo Sperimentale*) : Un homme a en 1870 une ulcération syphilitique du frein ; sa femme, qu'il avait épousée en 1868, qui était restée saine, et lui avait donné un enfant sain, contracte la syphilis du mari au troisième ou quatrième mois d'une grossesse (syphilis conceptionnelle) : l'enfant naît à terme, mais syphilitique (croûte du cuir chevelu, papules ulcéreuses ano-génitales, marche tardive, adénopathies suppurées) ; en 1881, C. Pellizari lui trouve des

dents sillonnées, une convexité de la face interne des tibias, une déviation de la colonne dorsale. La femme souffre de douleurs osseuses et d'éruptions cutanées jusqu'en 1872; en 1873, elle a une syphilide ulcéreuse et une perforation de la cloison traitées par C. Pellizari; deux autres enfants nés en décembre 1873 et janvier 1875 sont sains. — En 1880, le mari est vu par C. Pellizari, porteur d'une ulcération indurée avec balano-posthite et phimosis intense; quarante jours après, fièvre, érythème maculeux, papules humides des lèvres et du voile, pustules du cuir chevelu, plaques buccales. Ni céphalée, ni ganglions. Guérison par le mercure. — Or, la femme présente en même temps un accident primitif (ulcération de la fourchette en papillon, à induration parcheminée), avec œdème et lymphangite de la grande lèvre, adénopathie; bientôt gonflement du périoste et des articulations, érythème maculeux, puis papules lenticulaires, papules anales et des grandes lèvres, papules palmaires et plantaires. Le mois suivant, récidives des éruptions sur les genoux, les poignets, le cou, la bouche, la région génito-anale. Santé générale médiocre. — Ainsi, dit Pellizari, le mari a pu, à dix ans d'intervalle, contracter deux fois la syphilis; la femme a pu être infectée deux fois par son mari : l'absence de traitement chez le mari et le traitement minutieux de la femme n'ont pas réussi à modifier leur susceptibilité individuelle. (Cette observation présente évidemment un cachet remarquable de vraisemblance : toutefois, nous avons peu de détails sur la première syphilis du mari, celle de la femme est beaucoup plus nette; il se pourrait que la deuxième syphilis du mari ne fût qu'une première atteinte; les accidents de la femme en 1880 ont évidemment l'aspect d'accidents secondaires : sont-ce des lésions de récidive ou de deuxième infection? Le cas nous semble des plus difficiles à juger.)

Scarenzio (*Journ. ital. des mal. vénér.* 1882, p. 292) : En 1872, infection syphilitique par le mari au cinquième mois du mariage; dix-huit mois après, grossesse, accouchement à terme d'un enfant chétif qui meurt à quatre mois et demi de consomption. Trois ans après, deuxième enfant, qui vit, mais présente des signes de phtisie. — Troisième grossesse, huit mois plus tard : naissance d'un enfant qui mourut jeune de consomption. — Silence jusqu'en 1881, sauf des accidents scrofuleux (adénopathies, angines scrofuleuses; éruptions cutanées et périostite des tibias). — En avril 1882, Scarenzio trouve chez la malade de l'adénopathie inguinale gauche, et une syphilide gommeuse du tibia; quelques jours après (sous le traitement ioduré), fièvre, douleurs rhumatoïdes, roséole, angine érythémateuse, puis ulcéreuse; or, quatre mois auparavant, elle avait eu une ulcération vaginale, avec adénopathie inguinale non suppurée : l'auteur de cette réinfection portait un chancre infectant avec adénopathie inguinale, suivi de plaques muqueuses et d'iritis double. La femme

guérit par des injections mercurielles. (La première syphilis est bien peu caractérisée : il est difficile de faire le départ des accidents scrofuleux et de ceux dits syphilitiques.)

Taylor (*J. of cut. a. ven. Dis.*, 1882-83, p. 205 ; séance de la Société dermatologique de New-York : 27 février 1883) : En 1874, chancre induré ; deux mois après, roséole, papules, deux pustules rouges sur la face, croûtes dans les cheveux, alopécie, iritis droite. Pas de plaques muqueuses. — En décembre 1881, chancre induré, roséole, papules, croûtes dans les cheveux, alopécie, iritis droite, plaques muqueuses de la gorge. (Les deux séries d'accidents sont assez nettement caractérisées, sauf cependant l'absence d'adénopathie lors des deux chancres.)

Piffard (*J. of cut. a. ven. Dis.*, 1883) : Il y a vingt ans, syphilis soignée par Ricord ; il y a huit ans, nodule d'une commissure labiale (diagnostiqué par Piffard épithélioma chez un leucoplasique). — Il y a six ans, chancre induré du pénis, puis roséole. (Nous manquons de détails suffisants aussi bien sur la première infection que sur la deuxième.)

Sturgis (*J. of cut. a. ven. Dis.*, 1883) dit, sans donner de détails, qu'il a vu un cas de réinfection cinq ans après la première syphilis.

Sherwell (*J. of cut. a. ven. Dis.*, 1883) : Après deux ans de syphilis, chancre, pas de roséole, mais plus tard éruption lichénoïde et pustuleuse. (L'auteur lui-même reconnaît que le cas n'est pas convaincant, vu que toute lésion, même traumatique, peut chez les syphilitiques s'indurer.)

Arning (1883, *Vierteljahresschr. f. Derm.*, p. 92 : cas de la clinique de Neisser) : En janvier 1873, chancre préputial, bubon inguinal droit suppuré et incisé ; en avril 1874, syphilide papuleuse, adénopathies multiples vues par Köbner. — Le 12 septembre 1882, ulcération du fourreau indurée, adénopathie bi-inguinale, roséole, syphilide papuleuse, alopécie, plaques muqueuses palatines. (Spillmann, in *Ann. Derm.*, 1883, p. 478, fait remarquer que le chancre de 1873 n'était probablement pas syphilitique, que de plus, ni la femme du malade, ni aucun de ses enfants n'ont eu de syphilis de 1873 à 1882.)

H. von Hebra (1883, *Monatsheft*) : Syphilis en 1867 (chancre induré) ; en 1868, roséole, plaques muqueuses. Silence de onze ans (mariage en 1870 ; sept enfants sains). — En 1879, syphilide tuberculeuse du front ; en 1881, gommes du pied gauche. — En 1882, induration sans ulcération, avec œdème, près du siège du premier chancre ; pas de ganglions. Le mois suivant, nouvelle induration ; deux mois après, éruption, et plaques muqueuses amygdaliennes. (Syphilides chancriformes.)

Jullien (1884, *Congrès de Copenhague*) parle d'un malade qui eut

en 1881 un chancre, excisé, suivi d'une généralisation très bénigne, et qui quinze mois après (avril 1882) eut une deuxième syphilis. (Ici, la difficulté est double : quelle a été la lésion excisée? Est-ce réellement la syphilis que le malade a eue en 1881, après l'excision?)

H. Engel (*Philadelphia med. Times*, 25 août 1874, p. 851) : En 1875, chancre induré, puis, quelques mois après, une éruption et un mal de gorge (?); en 1876, céphalées, étourdissements aboutissant à l'apoplexie. Silence jusqu'en 1883. A ce moment, chancre induré, et, trois semaines après, éruption eczématiforme à la partie antérieure du tronc; bientôt, aortite. (Brocq objecte [*Ann. de Derm.* 1885, p. 316] que le chancre de 1883, sans ganglions, était vraisemblablement une syphilide tertiaire relevant de la syphilis de 1875; de même, l'aortite était un signe de tertiarisme; quant à l'éruption eczématiforme, ce n'était pas de la syphilis.)

Zabolotsky (*Mediz. Obozzenie*, 1884; *Rev. Hayem*, 1885, p. 210, t. 26) : Après dix-huit mois de syphilis, chancre induré, lymphangite pénienne, adénopathie inguinale et cervicale, roséole sur l'abdomen. (Pseudo-chancre dans une poussée secondaire).

Taylor (*Amer. derm. Assoc.*, 28 août 1885; *J. of Amer. med. Assoc.*; p. 329) :

1° En juin 1873, syphilis (chancre, symptômes secondaires); en février 1874, syphilide tuberculo-ulcéreuse de l'avant-bras; en janvier 1875, périostoses tibiales. — En juin 1876, nodule induré du prépuce, venu après vingt jours d'incubation, adénopathie inguinale et cervicale, plaques muqueuses, éruption quadrillée, rosée. (Pseudo-chancre et poussée secondaire);

2° Syphilis en 1874 (chancre, adénopathie, roséole, alopécie, iritis droite. — En février 1882, chancre induré; en avril, syphilide érythémato-papuleuse, douleurs rhumatoïdes; en mai, iritis droite; en 1883, nouvelle éruption secondaire. (Cette observation ressemble absolument à celle de 1883, peut-être est-ce la même : nous y appliquerons les mêmes réflexions.)

Hardy (1886, *Tr. des mal. de la peau*) : En 1859, accidents tertiaires, soignées à Saint-Louis; pendant ce traitement, le malade contracte un chancre et est revu en 1863 avec des accidents secondaires. (Syphilide tertiaire chancriforme en 1859; quant aux accidents de 1863, ils manquent de détails.)

Neumann (1886, 22 janvier, Soc. des médecins de Vienne; *Wiener med. Presse*, n° 6) : En novembre 1883, plaques muqueuses, adénopathie généralisée, papules exulcérées. — En 1885 (fin de l'année), œdème induré de la grande lèvre droite, noyau plat et lardacé sur le bord de la même lèvre, adénopathie, et deux semaines après, fièvre, roséole, puis taches lenticulaires sur le tronc. (Syphilides muqueuses et cutanées de récidive.)

Neumann (1886, *Allgemeine Wien. med. Zeitung*, 19) : Syphilis secondaire en février 1885. — Le 17 décembre 1885, chancre de la grande lèvre droite, à base très dure ; le 10 janvier 1886, roséole du tronc ; le 22 janvier, elle est devenue lenticulaire ; en février, papuleuse. (Syphilide chancriforme, roséole tardive.)

Rabitsch-Bey (1886, *Wiener mediz. Wochenschr.*, 1886, n° 42) :

Syphilis en janvier 1885 (chancre et accidents secondaires) ; en mars 1886, chancre, roséole. Mort six mois après de pneumonie. (Pseudo-chancre et roséole de retour.)

Rabitsch donne encore quatre observations, dont nous n'avons pu nous procurer le texte.

Hutchinson (1887, *la Syphilis*) :

1° En 1869, syphilis (chancre induré, bubon inguinal suppuré, ulcérations de la gorge) soignée par H. Lee. — Plus rien pendant douze ans. — En 1883, chancre mou et gomme. — Puis, silence de trois ans. — Le 15 septembre 1886, on trouve une induration du pénis au niveau de la cicatrice d'un chancre venu le 1er août, un mois après un coït suspect, qui débuta par un bouton, croûteux, puis ulcéré à l'emporte-pièce, qu'on appela chancre mou, qu'on pansa à l'iodoforme et qui s'indura secondairement. Petite plaque squameuse sur la joue. — 15 novembre : ulcération de la joue à bords indurés. (Hutchinson considère le chancre d'août 1886 comme un chancre de réinfection douteux : il nous semble en effet une chancrelle indurée ; quant à la lésion de la joue (novembre), ce serait pour Hutchinson une réinoculation du chancre ; mais alors il aurait fallu à cette lésion plus de deux mois pour se constituer, cela nous semble peu régulier.)

2° Il y a vingt-deux ans, chancre induré et syphilis sérieuse soignée par Hutchinson pendant dix-huit mois ; mariage six ans après, et enfants sains. — En 1882, chancre de la lèvre supérieure, adénopathie sous-maxillaire, puis roséole, ulcérations de la gorge (l'inoculation spécifique aurait été produite par un tube à vaccin approché de la lèvre). (La deuxième syphilis n'a malheureusement pas été suivie assez longtemps pour qu'on puisse suivre la série des accidents dits de réinfection.)

3° Syphilis en 1866 (chancre, syphilides, plaques muqueuses). — En 1876, chancre, taches cuivrées sur la poitrine, ulcérations gommeuses. — En 1877, chancre induré, syphilides de la forme lupus-psoriasis à larges plaques, et suivies de cicatrices. (Pour Hutchinson, il y aurait eu dans ce cas trois attaques de syphilis ; il nous semble que les accidents de 1876 et 1877 ne sont que des accidents tertiaires relevant de la première syphilis.)

4° Syphilis, et plusieurs années après, chancre phagédénique et éruption de la forme lupus-psoriasis. (Pseudo-chancre.)

5° Chancre, puis rien après. — Dix ans plus tard, deux chancres indurés, éruption passagère, plaques muqueuses de la gorge et de la langue, céphalée; trois ans après ces accidents, vertiges, hémiplégie, rechutes d'éruptions et plaques muqueuses. (Hutchinson avoue lui-même que la première syphilis est douteuse.)

6° En 1876, syphilis (chancre du pouce et symptômes secondaires chez un médecin, contrôlés par Prescott Hewitt et G. Pollok). — En mars 1884, nouveau chancre du pouce, suivi d'une éruption squameuse, à tendance ulcéreuse. (L'observation manque de détails relatifs à l'évolution de l'une et de l'autre syphilis.)

7° En 1878, syphilis sérieuse; silence de 1883 à 1886; à ce moment, chancre non induré, suivi, un mois plus tard, de rupia (épaules, dos, face) et d'ulcérations lupoïdes larges et irrégulières. (Syphilide chancriforme tertiaire.)

Ducrey (1888 : voir dans notre premier article l'observation, et nos appréciations.)

Du Castel (1888, *Semaine médicale*, p. 329) : En 1860, chancre phagédénique; dix jours après, roséole, ganglions sous-occipitaux (soignés par Puche). Pas d'accidents depuis. — En décembre 1887, chancre de la face interne du prépuce, érosif, à fond rouge et uni, à base indurée et cartilagineuse; adénopathie inguinale droite, indolente. Le chancre est venu un mois après un coït suspect. — Quelques jours après, roséole. — Plus tard, plaques muqueuses des lèvres et de la marge de l'anus. (Du Castel est très hésitant; en 1891 [*Leç. clin. sur les aff. ulc. des org. génit.*], il rejette absolument cette observation, en se basant sur la courte évolution de la syphilis de 1860 et le peu de détails obtenus sur elle.)

Harrison-Younge (1889, *Brit. med. Journ.*, 16 mars) : En 1882, chancre induré; en 1883, éruption secondaire; en 1884, condylomes, gommes tibiales, ulcérations des deux jambes; en 1885, accidents secondaires à quatre reprises. — Silence de 1885 à 1889. — Alors, chancre induré, adénopathie inguinale dure, roséole, angine. (Syphilide chancriforme et érythème tertiaire.)

J. St. S. Wilders (1889, *Brit. med. Journ.*, 23 mars) :

1° En 1874, syphilis (chancre, accidents secondaires; traitement de trois ans et demi). — En 1884, chancre induré et accidents secondaires légers. (Manque de détails.)

2° En 1873, chancre et accidents secondaires; traitement de quatre ans; en 1886, chancre induré et accidents secondaires bénins. (Mêmes objections.)

Nicolaï P. Preis (1889, *Meditzina*, 17 nov.; *British Journ. of Derm.*, 1890, p. 262) : En octobre 1884, chancre induré, adénopathie; roséole et plaques de la gorge en décembre. Récidives en 1885, 1886, 1888. — En août 1889, trois semaines après le coït, chancre préputial qui

s'indure, adénopathie généralisée; en septembre, roséole, angine papuleuse. (Pseudo-chancre, roséole tardive.)

Rasoumoff (1889, *Mediz. Oboz.*, n° 4) : En avril 1881, chancre induré vu par Rasoumoff, suivi d'adénopathie inguinale et cervicale, de roséole, d'angine érythémateuse : deux autres médecins voient le malade et diagnostiquent syphilis. — Le 15 novembre 1889, Pospeloff et Rasoumoff constatent, chez le malade, une sclérose du sillon du volume d'une graine de tournesol; en renversant le prépuce, on voit à sa face profonde une tuméfaction chondroïde et rosée à droite de la ligne médiane. Lymphangite médiane de la verge; adénopathie inguinale. On note en même temps une roséole et des papules lenticulaires sur le tronc et les membres inférieurs, des ganglions cervicaux et axillaires durs et indolents. — Le 18 novembre, le malade est revu par Pospeloff, Lantz, Molodenxoff, etc. : on constate une syphilide polymorphe récente. (Rasoumoff se base pour exclure l'hypothèse d'un pseudo-chancre sur l'incubation de six semaines entre le dernier coït et l'apparition de l'éruption, sur l'adénopathie indolente, sur la forme typique de roséole primitive que présentait l'éruption. Nous croyons que l'on pourrait désirer davantage, et qu'il eût été bon de suivre le malade, car c'est précisément la syphilide érythémato-papuleuse précoce que simulent certaines formes d'érythème tertiaire.)

Taylor (1890, *Amer. derm. Assoc.*, 3 septembre; *Journ. of cut. a. gen.-ur. Dis.*, 1890, p. 457). En 1879, œdème induré des grandes lèvres, avec adénopathie; bientôt syphilide papuleuse généralisée qui dure plusieurs semaines, céphalée vespérale. Pendant un an, récidive d'éruptions. — L'année suivante, douleurs ostéocopes, plaques muqueuses de la gorge, rétraction du biceps. — La troisième année, syphilide serpigineuse qui laisse des cicatrices. La malade se marie bientôt, et a deux enfants qui meurent peu de temps après leur naissance. Puis, aucun accident, sauf, il y a trois ans, une chancrelle avec bubon suppuré. En janvier 1890, syphilide papuleuse miliaire généralisée (papules et pustulettes sur le cuir chevelu, corymbes sur le corps). Entre les papules, taches roséoliques; au centre du front, rupia ulcéré. — Adénopathie généralisée; plaques muqueuses de la langue, de la bouche; alopécie; douleurs dans les jointures. On n'a pas vu les organes génitaux, mais il y avait de gros ganglions inguinaux. (Cette observation nous semble une des plus nettes, qui aient été publiées, malgré l'absence d'accident primitif et le caractère de rupia qu'offraient les lésions frontales : elle n'est donc pas à l'abri de toute objection.)

Lubarski (1890, *Med. Rundschau* de Moscou; 1; analyse in *Archiv f. Derm.*, 1890, p. 925) : Syphilis en 1878 (chancre induré, adénopathie généralisée, roséole, angine); en 1879, papules anales et scro-

tales; en 1880, accidents tertiaires. — Puis, huit ans de silence. — En décembre 1888, chancre mou préputial et bubon inguinal droit suppuré; transformation *in situ* du chancre mou en chancre induré; en mars 1889, roséole, angine, adénopathie. (Chancrelle indurée et lésions de récidive).

Jakowlew (1890, *Wratsch;* séance du 30 décembre 1889 de la Soc. russe de dermat. ; analyse in *Monatsheft*, 1890, t. I, p. 470) : En 1855, syphilis ; en 1861, accidents tertiaires, soignés par Kalokowski; en 1871, accidents analogues soignés par Tarnowsky (syphilides tuberculeuses). — En octobre 1887, trente-cinq jours après un coït avec une femme syphilitique soignée par Usass, chancre de la face externe du prépuce, adénopathie inguinale, roséole, syphilide papulo-tuberculeuse du tronc. (Pseudo-chancre, pseudo-roséole tertiaire.)

Pospeloff (1890, *Sitzungsbericht der Versamm. der Ærtzte;* analyse in *Archiv f. Derm.*, 1891, p. 323) : En 1882, syphilis (chancre du sillon, adénopathie, roséole, angine, psoriasis palmaire). Récidives à plusieurs reprises. — Sept ans de silence jusqu'en 1890. En janvier 1890, vingt-sept jours après un coït suspect, deux ulcérations indurées du pénis, suivies de symptômes secondaires. (Nous n'avons malheureusement pas de détails suffisants sur la succession des accidents de réinfection.)

Du Castel (1891, *l. c.*, p. 217) : Syphilis il y a vingt ans (chancre, adénopathie douloureuse, éruption généralisée durant trois mois), soignée à Bordeaux. — En juillet dernier, ulcération chancriforme, indurée, de la verge; ganglion indolent dans l'aine; aujourd'hui, syphilide papuleuse. (Du Castel, qui voit le malade, n'admet pas la réinfection en raison du peu de renseignements qu'il a sur la syphilis ancienne, et qu'il ne tient que du malade.)

Il nous faudrait, pour être complet, ajouter à cette longue liste d'observations, quelques autres que nous n'avons pu nous procurer et qu'on trouve signalées dans la littérature :

Bjorken (*Upsala Läkarefornings Forhandlinger*, t. VII, p. 597-624 : trois cas de réinfection);

Huggenberger (*Saint-Péterb. Med. Zeitschrift*, 1862, p. 161 : deux cas);

Boset (1863, *Archives de méd. belges :* un cas);

Coote et Hilton (*Report of Committe to inq. path. and treat. ven. dis.*, 1867 : chacun un cas);

H. Lee (1873, *Saint-Georges hospital reports :* plusieurs cas);

Pospeloff (1875, *Gaz. méd. de Moscou :* un cas);

Park (1881, *Southern clinic de Richmond*);

Trois-Fontaines (1883, *Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège*);

Brooks (1885, *Med. a. surg. reporter de Philadelphie*);

Castelo y Serra (1885, *Revista esp. de oftalm. :* un cas);

Creus (*Ann. de l'Acad. de méd. de Madrid*, 1885 : un cas);
Schuster (*la Syphilis*, 1887, p. 33 : un cas);
Salsotto (*Osservatore*, 1889, n° 40).

Nous pouvons conclure en somme que la loi de Ricord garde aujourd'hui encore toute sa légitimité : c'est une règle absolue que la syphilis ne se double pas. Que cette règle puisse subir des exceptions dans des cas excessivement rares, la chose est possible; mais il s'en faut que tous les cas publiés de réinfection doivent être admis : sur les cent quarante-huit cas que nous avons réunis, nous en conserverions à peine neuf comme valables : Delestre, Gascoyen (obs. 2), Caspary (obs. 2), Taylor 1876, C. Pellizari, Taylor 1883, Taylor 1885 (obs. 3), Hutchinson (1887, p. 166), Taylor 1890. Encore pourrait-on par une discussion sévère en réduire le nombre.

Une observation, publiée ces jours-ci par de Molènes (*Ann. de Derm.*, 1891, 25 mai), nous fait bien comprendre comment un cas qui se présente avec le cachet d'authenticité le plus net, peut n'avoir aucune valeur en tant que réinfection, et n'être qu'une pseudo-réinfection. Voici cette observation résumée : L'auteur voit le 8 mai 1890 un malade souffrant depuis quinze jours d'angine, et il constate, sur l'amygdale droite, une ulcération à base indurée, ligneuse, accompagnée d'une adénopathie sous-maxillaire et rétro-maxillaire volumineuse (œuf de pigeon), dure, indolente : de Molènes diagnostique un chancre induré de l'amygdale, et l'évolution ultérieure des accidents vint confirmer son opinion : en juillet, le malade présentait sur le tronc une roséole maculeuse typique, qui s'étendit sur la paume des mains, la plante des pieds, et s'accompagna d'alopécie, de polyadénopathie indolente de la nuque, puis de plaques érosives des lèvres, des commissures, de douleurs tibiales, d'une légère ténosite des deux tendons d'Achille; en septembre, plaques cutanées légèrement squameuses; plaques érosives nouvelles des lèvres, de la langue, des amygdales, des cordes vocales, syphilides interdigitales, syphilide papuleuse du tronc et des membres, hydarthrose double secondaire des genoux.

La syphilis est donc indubitable, et c'est une syphilis récente. — Or, le malade affirme avoir contracté la syphilis trois ans auparavant : il aurait eu, outre une blennorrhagie, un chancre du sillon, qu'il cautérisa lui-même au nitrate d'argent, et qui, examiné quatre jours après à Saint-Louis, fut diagnostiqué chancre induré : on prescrivit du proto-iodure. Ce chancre s'accompagnait, dans chaque aine, de ganglions volumineux et un peu douloureux. Trois mois à peu près après l'apparition de ce chancre, le malade fut revu à Saint-Louis avec une éruption diffuse, légèrement prurigineuse, d'un rouge intense, qu'on considéra comme une roséole. Puis, il n'y eut plus aucun accident, notamment ni alopécie, ni plaques muqueuses :

le malade, migraineux depuis l'âge de douze ans, eut seulement à diverses reprises des céphalées, et deux fois une éruption diffuse, d'un rouge vif, qui disparut en huit jours. — Il se croyait en 1890 guéri de cette syphilis et s'était exposé dans des rapports avec une femme notoirement syphilitique sur laquelle de Molènes constata des plaques muqueuses de la langue et des lèvres. — Il semblait donc qu'on se trouvât en présence d'un cas de réinfection : première syphilis nette en 1887 soignée à Saint-Louis; deuxième syphilis évidente en 1890. De Molènes conservait cependant des doutes, qui furent levés, quand, le 15 septembre 1890, son malade vint le revoir, porteur d'une éruption identique à celles qui antérieurement avaient été diagnostiquées à Saint-Louis roséole et roséole de retour : elle était formée de larges taches, d'une rouge foncé. Le malade avait pris la veille de l'antipyrine pour sa migraine, et ses pseudo-roséoles de 1887 avaient de même succédé à l'ingestion du même médicament. — La syphilis de 1887 se réduisait donc à ceci : lésion banale de la verge indurée par la cautérisation, adénopathie inflammatoire, roséoles antipyriniques, migraines. Seule la syphilis de 1890 est bien et dûment avérée. — Nous avons insisté sur cette observation, parce qu'elle met en relief les erreurs que l'on peut faire lorsqu'on parle de réinfection : elle nous fait comprendre qu'aujourd'hui encore, et après la lecture attentive des faits les plus probables, il puisse rester dans l'esprit des doutes sérieux sur la réalité de la réinfection.

Nous le répétons donc, l'immunité syphilitique, une fois constituée, ne prend jamais fin et persiste pendant toute la durée de l'existence du porteur ; si la loi de Ricord est susceptible d'exceptions, celles-ci doivent être extraordinairement rares, et encore ne sont-elles pas absolument prouvées.

CHAPITRE V.

De l'immunité chez les syphilitiques héréditaires.

Il nous reste à examiner un dernier point : la syphilis acquise par hérédité. L'hérédo-syphilis confère-t-elle l'immunité vis-à-vis d'une atteinte ultérieure de syphilis acquise? la réinfection est-elle possible chez les syphilitiques héréditaires? En principe, l'immunité est absolue chez les hérédo-syphilitiques; cependant il a été publié quelques observations contraires à cette loi, et les auteurs que nous avons cités comme partisans de la réinfection en général, le sont également de la réinfection des héréditaires. Nous citerons plus particulièrement ici Hutchinson (*Reynold's Syst. of med.*, 1870, p. 737); H. Lee (*Lectures on syphilis*, p. 209), qui, après avoir cité

les observations de Ferguson (1812) sur la bénignité de la syphilis chez les Portugais, expliquée par l'acquisition de l'immunité héréditaire, ajoute : « Ce que Ferguson observait de son temps, peut être vu à présent; une personne qui a eu la syphilis héréditaire dans sa jeunesse, ne contractera plus la forme infectante de la syphilis dans sa vie ultérieure, ou bien elle aura une forme modifiée. » Nommons encore Merkel, Bœck, Rinecker, Taylor, etc.

Examinons quelques-unes des observations publiées :

Hutchinson (1861, 21 sept. *Brit. med. Journal*) :

1° A dix-neuf ans (en 1858), gonorrhée, chancre superficiel avec œdème considérable du prépuce (aucun chancre ne s'indura; pas de symptômes secondaires). — Quelques années auparavant, Hutchinson avait soigné le malade pour des gommes, de la kératite interstitielle, signes d'une syphilis héréditaire transmise par la mère (Hutchinson a soigné celle-ci pour des accidents tertiaires). — Le chancre, non induré, sans symptômes ultérieurs, de 1858 n'est évidemment pas un chancre syphilitique; c'est l'avis de Maunder (1861, 5 oct., *Brit. med. Journ.*) qui en fait un chancre mou et de Taylor (1890, *Am. med. Assoc.*).

2° Il y a dix ans, kératite interstitielle double, iritis droite; on constate sur le malade des cicatrices radiées buccales, de l'effondrement du nez, des dents typiques. — En 1859, à vingt ans, chancre qui détruit le frein, plusieurs autres à la surface du gland : aucun n'est induré. Bubon inguinal droit ulcéré. Pas de syphilis constitutionnelle. — (Les chancres de 1859 ne sont que des chancres mous.)

3° Malade soigné il y a cinq ans, à vingt et un ans, pour des chancres, avec bubon et une éruption sur la cuisse, à Lock Hospital; — il est porteur d'altérations dentaires typiques, de fissures buccales, le nez est aplati. Hutchinson le voit à vingt-six ans avec une opacité cornéenne à droite et à gauche, et des synéchies pupillaires à droite. (Le chancre, dit de réinfection, n'est encore qu'une chancrelle.)

Hutchinson (1863, 5 sept., *Medic. Time and Gazette;* reproduite en 1887, *Syphilis*, p. 387) : Éruptions syphilitiques dans l'enfance, vues par Ries (la mère du malade a eu la syphilis six ou sept ans avant la naissance du malade, et a accouché trois fois d'enfants morts et nés avant terme); en 1863, kératite droite (traumatique ?), suivie d'iritis et d'aquo-capsulite ; puis, kératite gauche. Hutchinson, qui soigne le malade, ne trouve pas d'altération du nez et des dents. — Or, en 1862, le malade aurait eu une abondante éruption squameuse, de mauvaises plaies à la gorge pendant trois mois, des papules sur le pénis et le scrotum, accidents qu'un médecin déclara syphilitiques et soigna par le mercure : le malade ne se rappelle pas avoir eu de chancre. (Cette observation offre bien des lacunes : si les accidents de 1863 relèvent de

l'hérédo-syphilis, c'est que celle-ci n'était pas éteinte à cette époque; qu'est-ce que cette éruption de 1862, sans chancre antérieur?)

J. Merkel (1869, *Baierærztlich. Intelligenz-Blatt*) : Perforation palatine dans l'enfance, et cicatrices rayonnées — à dix-huit ans syphilide érythémato-papuleuse, condylomes vulvaires, adénopathie généralisée (la malade a été infectée il y a quelques mois par son mari porteur d'accidents secondaires). (La syphilis héréditaire est bien douteuse : une perforation palatine ne peut être qu'une présomption, et non une certitude.)

W. Bœck (1875. *Erfahrungen ub. Syphilis*, p. 173) : Malade traité à l'âge d'un an par Hjort (17 mai 1852) pour des tubercules muqueux des organes génitaux et de l'anus, une roséole généralisée. — Il revient à dix-huit ans (2 nov. 1869) dans le service de Bidenkap avec un chancre induré du prépuce, des ganglions cervicaux, une roséole du tronc, des érosions amygdaliennes. (Bœck n'affirme pas la réinfection et conserve des doutes sur la première syphilis.)

Dowse (1877, *Med. Time and Gazette*, p. 630) : Malade, dont la mère a fait huit fausses couches, et chez laquelle on ne constate comme signes d'hérédo-syphilis que des incisives supérieures irrégulières et à encoches; pas de kératite interstitielle, ni de névrite optique. — En 1873, chancre induré du bras (sur lequel elle portait habituellement un enfant syphilitique), adénopathie axillaire, puis roséole généralisée ; plus tard, symptômes malins : syphilides ulcéreuses et destructives du nez, du pharynx, du larynx, de la trachée, des bronches; syphilide cutanée ulcéreuse, à forme de rupia. Récidives répétées. (Dowse n'affirme pas absolument l'hérédité syphilitique, qui est en effet douteuse, comme le font remarquer Cayley dans la discussion à la Clinical Society de Londres, et Taylor).

Rinecker (1881, *l. c.*) : A dix ans, signes d'hérédo-syphilis (altérations et déformation du nez). — A vingt-neuf ans, chancre induré phagédénique, pas de ganglions; bientôt, gommes (?) ulcérées de la peau. (Tout est douteux dans cette observation, la première comme la deuxième syphilis.)

Hutchinson (1887, *Syphilis*, p. 387) :

1° Malade, ayant eu dans l'enfance de la kératite, présentant aujourd'hui un visage déformé et des dents typiques, a un chancre phagédénique, et une éruption cutanée à forme d'ecthyma et de rupia. (Si la première syphilis est douteuse, la deuxième l'est encore davantage.)

2° Malade, présentant des traces de kératite et des dents typiques, — porteur aujourd'hui d'ulcérations de la clavicule, de l'épaule droite, à caractère d'ecthyma, et consécutives à la « maladie » contractée au dire du malade il y a trois mois. (Mêmes objections que pour la précédente observation.)

Lang (1884 et 1886, *Vorlesungen über Path. und Ther. der Syph.*, Wiesbaden, p. 458) : Accidents d'hérédo-syphilis jusqu'à l'âge de dix-neuf ou vingt ans. — Lang voit plus tard chez le malade un chancre induré, avec adénopathie inguinale. (Nous remarquerons, avec Taylor, que Lang ne donne pas d'histoire ultérieure de la deuxième syphilis, ce qui enlève à l'observation son authenticité.)

Taylor (1890, *l. c.*) : L'auteur soigne en 1879 une femme de dix-neuf ans, présentant des cicatrices buccales, et atteinte de coryza muco-purulent, avec ulcération nasale à droite, étendue à la lèvre supérieure : ces lésions guérirent en deux mois par le traitement mixte, en laissant une déformation typique du nez. — L'enquête fit savoir que la mère de la malade avait fait trois fausses couches avant la naissance de sa fille, qu'elle était, ainsi que le père, syphilitique, et que sa fille avait présenté à l'âge d'un an du coryza et des condylomes plats. En 1885, à vingt-six ans, la malade est revue par Taylor, avec une roséole, un peu squameuse, généralisée, des condylomes hypertrophiques vulvaires, des plaques muqueuses pharyngées, de l'alopécie, de l'adénopathie généralisée ; elle a été contagionnée par son mari, et a eu il y a peu de temps une nodosité de la petite lèvre droite avec œdème induré. (Cette observation présente un grand caractère de vraisemblance, et nous semble jusqu'ici la seule qui mérite d'être retenue.)

Nous n'avons pu nous procurer les observations d'Hutchinson contenues dans les *London Hospital Reports* (1865, pp. 169 et 170).

On voit donc que si la réinfection des hérédo-syphilitiques est possible, elle n'est pas aujourd'hui encore prouvée avec évidence ; les observations pour être légitimes, doivent mentionner l'histoire complète des deux syphilis ; les stigmates décrits comme symptomatiques de l'hérédo-syphilis (dent d'Hutchinson, cicatrices cutanées, altérations crâniennes, taies cornéennes, polyléthalité familiale) n'ont, comme l'a répété maintes fois Fournier, rien de pathognomonique ; ils n'ont qu'une valeur relative.

En 1887, Tavernier a publié dans les *Annales de Dermatologie* trois cas de syphilis acquise, observés, dans le service de Leloir, sur des sujets présentant de semblables stigmates, sans conclure nullement à la réinfection.

Quant à la possibilité du développement d'une syphilis acquise chez des sujets nés de parents syphilitiques, mais n'ayant point présenté dans l'enfance de signes pathologiques d'hérédité syphilitique, elle nous semble beaucoup plus probable ; car, si on peut admettre avec Kassowitz que ces sujets sont vaccinés, il n'est pas prouvé que l'immunité qui leur est conférée par l'hérédité doive être persistante. On trouve, dans la thèse de Riocreux (1888, *Hérédité paternelle*, p. 96) deux observations nettes et contraires à la loi de Kassowitz :

Une de Mireur (*Th.*, Paris, 1867) où il s'agit d'un individu, né sain. d'un père syphilitique, et qui, à l'âge de deux ans, contracta un chancre induré de la lèvre, avec adénopathie sous-maxillaire, du fait de son père atteint alors d'une érosion de la lèvre inférieure ; l'enfant eut ensuite de la roséole, des plaques muqueuses ;

Une de Barthélemy, où nous voyons un homme de vingt-deux ans, né sain d'un père syphilitique, et n'ayant jamais présenté de signes de syphilis héréditaire, contracter une syphilis sérieuse (paralysie de la troisième paire au bout d'un an, syphilides tuberculeuses du dos et gommes de la jambe après sept et dix ans de syphilis).

On pourrait, à ces faits, en ajouter d'autres, notamment un de Bœck, où il s'agit d'une femme atteinte de syphilis acquise dans son enfance, qui mit au monde trois enfants sains, mais non doués d'immunité, car tous trois furent contaminés en bas âge par une servante.

Nous en avons fini avec cette longue étude sur l'immunité conférée par une atteinte antérieure de syphilis (acquise ou transmise héréditairement). Nous ne parlons pas, et volontairement, de l'immunité naturelle que peuvent présenter certains sujets, ni de cette immunité spéciale des mères qui allaitent impunément leurs enfants infectés héréditairement par le fait du père seul (loi de Baumès-Colles).

PROPHYLAXIE PUBLIQUE.

NOURRICES EN INCUBATION DE SYPHILIS

Par le professeur **A. Fournier** (1).

Dans la séance du 10 mars dernier, un de nos honorables confrères, M. le D[r] Duvernet, médecin-inspecteur des nourrices à la Préfecture de police, soumettait à l'opinion de l'Académie un mémoire ayant pour titre : *Note sur la prophylaxie de la syphilis concernant la contre-visite des nourrices à la Préfecture de police* (2). Ce travail était suivi d'un certain nombre de conclusions relatives à diverses mesures administratives qui, d'après l'auteur, seraient de nature à sauvegarder plus efficacement qu'elle ne l'est aujourd'hui la santé des nourrices et des nourrissons. « Si ces mesures, ajoutait M. Duvernet, étaient approuvées par l'Académie, l'autorité préfectorale trouverait dans cette haute sanction la confiance nécessaire pour prendre des arrêtés en conséquence et remédier à une situation reconnue dangereuse pour la santé publique. »

A la suite de cette intéressante communication, l'Académie a chargé deux de ses membres, M. Roussel et moi, de lui présenter un rapport sur le sujet en question. C'est à ce devoir que nous venons satisfaire.

Inutile, croyons-nous, de rappeler au préalable l'organisation et le mode de fonctionnement du bureau « de contre-visite des nourrices » à la Préfecture de police ; cela est amplement connu de tous les membres de l'Académie. Inutile également de signaler l'importance de ce service. On en jugera par un simple chiffre. Chaque année, 14 000 examens sont pratiqués à la Préfecture sur des nourrices de province. Et ces examens, nous dit M. Duvernet, y sont pratiqués avec un soin minutieux, avec toutes les précautions rigoureusement indispensables pour dépister une maladie contagieuse, notamment la plus redoutable de toutes les maladies contagieuses, à savoir : la syphilis. L'inspection ne porte pas seulement sur l'habitus extérieur, les seins, les téguments, la bouche, les ganglions ; « les régions in-

(1) Rapport lu à l'Académie de médecine dans la séance du 16 juin 1891.
(2) Voir dans ce même recueil, n° de mai 1891, p. 387.

guinales, en plus, sont toujours explorées, et les organes génitaux sont même examinés, s'il y a lieu. »

En outre, la visite s'exerce annuellement sur 1 300 nourrices, dites *nourrices de retour*, les plus dangereuses entre toutes, puisqu'elles viennent de donner le sein à des nourrissons de santé inconnue. Celles-ci, on le sait, ne sont admises à reprendre un nourrisson, après avoir quitté leur place, que sur un certificat de nouvel examen délivré par le médecin-inspecteur de la Préfecture.

Donc, l'inspection préfectorale fait office, en l'espèce, d'une véritable digue contre les contaminations pouvant dériver des nourrices, non moins que, d'autre part, contre les contaminations pouvant par ricochet ultérieur se déverser des nourrices sur les nourrissons. Pour mieux dire, c'est une sorte de filet qui arrête au passage les facteurs de contagion. A ce titre, elle remplit un rôle de prophylaxie, de sauvegarde, éminemment fécond en heureux résultats. C'est un bienfait pour la santé publique.

Malheureusement, tout n'est pas au mieux dans cette organisation de date encore récente, et M. Duvernet, qui est mieux placé que tout autre pour l'apprécier en pleine connaissance de cause, en établit, dans le mémoire que nous analysons, une très légitime critique.

Cette organisation, nous dit-il en substance, ne fait pas tout le bien qu'elle pourrait accomplir, et cela, parce qu'elle comporte pour le moins deux lacunes, deux grosses lacunes que voici :

L'une, c'est l'absence de toute garantie, pour les nourrices sur lieu, contre les contaminations pouvant dériver de leurs nourrissons ;

L'autre, c'est l'absence de toute garantie contre les nourrices « de retour » en état d'incubation de syphilis.

J'explique ces deux points.

Pour le premier, rien que de très simple. Il reste indéniable que, dans l'état actuel des choses, la nourrice dite « nourrice sur lieu » est absolument privée de toute garantie vis-à-vis de son nourrisson. Une famille quelconque va la choisir dans un bureau et la prend à gages pour allaiter un enfant. Mais quelle est la santé de cet enfant? Cet enfant est-il sain ou malade? présente-t-il notamment quelque témoignage de syphilis héréditaire? La nourrice n'en sait rien et n'a pas moyen de le savoir; l'administration n'en sait rien et n'a, pas plus que la nourrice, moyen d'être renseignée à ce sujet. En sorte que tout, en l'espèce, est à la discrétion des familles. S'il plaît à une famille (et que d'exemples du genre n'aurais-je pas à citer !) de faire allaiter par une nourrice son enfant dûment syphilitique ou seulement en état possible de syphilis, elle a toute facilité pour commettre cette action coupable, quitte à en supporter les conséquences si les choses viennent à mal tourner; et ces conséquences ne sont pas toujours très onéreuses (on le sait par expérience): tout au moins ne

sont-elles pas en nombre de cas ce qu'elles devraient ou pourraient être. Donner la vérole à une nourrice est à la portée de toutes les bourses bourgeoises : c'est abordable. — Bref, la nourrice est à la merci des familles : voilà le fait.

Et cela, soit dit au passage, est d'autant plus abusif, d'autant plus inique, d'autant plus révoltant, que la nourrice, qui reste sans défense vis-à-vis des familles, offre, elle, tout au contraire, une double garantie à ces familles, quelquefois même une triple garantie, à savoir :

1° Premier examen médical fait sur sa personne par le médecin de sa localité, avant son départ pour Paris ;

2° Second examen médical, pratiqué à Paris par le médecin-inspecteur de la Préfecture ;

3° Et, très souvent même, troisième examen médical pratiqué dans la famille du nourrisson par le médecin de cette famille. N'est-ce pas l'usage, en effet, dans la société bourgeoise, que de soumettre une nourrice à l'examen du médecin de famille avant de se risquer à l'agréer ? Et certaines familles se montrent même singulièrement exigeantes à ce sujet, exigeantes jusqu'à réclamer un examen complet.

Donc, toutes garanties prises contre la nourrice et nulle garantie en faveur de la nourrice contre son nourrisson, tel est, je le répète, l'état de choses actuel, du moins en ce qui concerne la nourrice sur lieu, c'est-à-dire la nourrice qu'on va prendre dans un bureau pour la conserver sous le toit de l'enfant. Au total, tout d'un côté et rien de l'autre : voilà strictement la formule.

De là les conséquences que vous savez, messieurs ; de là l'excessive fréquence des contaminations de nourrices par nourrisson syphilitique. De là aussi ces cas navrants (mais heureusement bien plus rares) dans lesquels on a vu plusieurs nourrices être contagionnées par un même enfant. A ma connaissance, un nourrisson syphilitique transmit la syphilis aux *trois nourrices* qu'on avait eu l'audace de lui donner. « J'ai acquis la preuve, dit M. Duvernet, qu'un nourrisson syphilitique a été successivement allaité par *huit nourrices*, dont la dernière (la seule connue de moi) est revenue à la Préfecture avec un chancre infectant du sein. » Que les sept autres aient été de fait contagionnées ou non, il n'en reste pas moins certain qu'elles pouvaient l'être, qu'elles se sont trouvées en condition de l'être. Comment de telles choses sont-elles possibles à la fin du XIXe siècle ? C'est que, dans notre organisation actuelle, la nourrice bien positivement, est à découvert vis-à-vis d'une contamination syphilitique pouvant dériver de son nourrisson, et que rien, *rien*, pas une mesure administrative, pas une disposition légale ne la protège.

Mais notre devoir de rapporteur nous interdit d'insister davantage sur ce point. Car si M. Duvernet signale et déplore dans son mémoire

cette absence de toute garantie en faveur de la nourrice, il se borne à la constater sans y proposer un remède. Que si l'Académie, élargissant la discussion, voulait la porter sur ce terrain, ses rapporteurs l'y suivraient certes, avec déférence, non moins qu'avec satisfaction, car c'est là par excellence un sujet bien digne de méditation et des efforts de tous. Mais, pour l'instant, force nous est de nous restreindre, en suivant l'auteur dont nous analysons le travail sur la seule voie où il ait tout à la fois signalé une lacune dans la surveillance préfectorale actuelle et proposé les moyens propres à la combler.

Cette lacune, cette seconde lacune, se trouve très bien étudiée dans le mémoire en question. D'un ordre tout spécial, elle a trait à ceci : *l'absence de garanties contre toute nourrice qui, ayant quitté sa place après avoir allaité un enfant de santé inconnue, se présente à la Préfecture pour y chercher un certificat qui lui permette de rentrer dans un bureau de nourrices, c'est-à-dire de reprendre un autre nourrisson.*

Je précise la situation par un exemple. Une nourrice de province est venue, je suppose, se placer à Paris et, après inspection réglementaire, est entrée dans une famille. Un mois plus tard, elle quitte cette place pour une raison quelconque, soit de son propre gré, soit qu'on l'ait congédiée, soit que son nourrisson ait succombé. Elle revient alors à la Préfecture solliciter une inspection nouvelle. Là vont commencer les embarras, les difficultés. Car, de deux choses l'une, forcément :

Ou bien cette femme, lors de l'examen médical, sera trouvée en état de syphilis ; ou bien elle sera trouvée saine.

Dans la première alternative, les choses iront de soi ; inutile de dire ce que, très simplement et forcément, on aura à faire.

Mais pour la seconde, ce sera tout différent. Cette femme est saine ou paraît saine ; c'est fort bien. Mais, si elle a les apparences de la santé, ne peut-elle pas de fait être syphilitique, être en état de syphilis actuellement latente, *en état d'incubation de syphilis?* Car un des caractères constants de la syphilis, c'est, comme chacun le sait, d'incuber et d'incuber longuement, pendant trois à quatre semaines en moyenne, souvent même davantage. Donc, au cas possible où cette femme aurait contracté la syphilis de son nourrisson il y a huit ou quinze jours, nous la trouverions saine, aussi saine que possible, aujourd'hui, et c'est seulement dans une ou plusieurs semaines que l'infection commencerait à se révéler sur elle.

Or, en l'espèce, comment juger la question de savoir si cette femme est ou non en état d'incubation de syphilis, c'est-à-dire si elle peut être ou non dangereuse pour un second nourrisson? Sur quelles données, après l'avoir examinée et trouvée saine, le médecin-inspecteur de la Préfecture pourra-t-il se résoudre à lui accorder ou à lui

refuser le certificat, la libre patente qu'elle vient réglementairement réclamer de lui?

On dira peut-être : « Mais cette femme, on a toute liberté pour l'interroger, pour savoir d'elle si son nourrisson était ou non malade, s'il est vivant ou mort, s'il a présenté quelques symptômes suspects, quelque lésion révélatrice, telle que coryza, boutons sur les fesses, érosions à la bouche, etc., etc. » — Sans doute, répondrai-je, cet interrogatoire doit être fait, et l'on ne manquera jamais de recueillir les documents qu'il peut fournir. Mais pour certains cas où, par exemple, l'absence de toute maladie, de tout symptôme suspect sur l'enfant, sera affirmée par la nourrice et viendra fournir (à supposer la nourrice sincère) une sécurité tout au moins relative, que d'autres où il n'y aura rien à déduire des réponses obtenues! Allez donc, sur la description d'une nourrice, conclure pour ou contre la syphilis d'un nourrisson! Essayez donc, sur des renseignements équivoques, incertains, obscurs, insignifiants, de différencier un enfant mort d'athrepsie d'un enfant mort de syphilis! Presque toujours, en conséquence, le récit rétrospectif de la nourrice n'aboutira pour le médecin à rien de précis; il pourra conduire au soupçon quelquefois, mais, dans la grande majorité des cas, il ne fournira pas d'éléments sur lesquels on soit en droit de fixer un jugement.

Et cependant force est bien de prendre un parti. Car, pratiquement, le dilemme s'impose : accorder ou refuser le certificat.

Or, voyez les conséquences de tel ou tel des deux partis auquel le médecin est forcé d'aboutir :

Refuser le certificat sur un simple soupçon peut-être non motivé, c'est à coup sûr un moyen radical pour couper court à toute éventualité de contagion ; mais aussi n'est-ce pas là un parti excessif, qui aboutirait, sinon à dépeupler les bureaux de nourrices tout au moins, à congédier sans raisons valables un nombre considérable de nourrices, au détriment d'un nombre équivalent de nourrissons? Puis, d'autre part, n'est-ce pas là un parti cruel, qui condamnerait annuellement plusieurs centaines de nourrices à perdre le bénéfice de leur lait, c'est-à-dire le petit pécule qu'elles viennent gagner à Paris au prix d'un douloureux sacrifice? En fin de compte, la syphilis héréditaire, quelque salutaire terreur qu'il faille en avoir n'est pas tellement commune qu'elle autorise un semblable ostracisme vis-à-vis des nourrices ayant commis l'imprudence ou ayant eu le malheur de quitter leur place.

Mais, inversement, accorder la libre patente à ces nourrices de retour comporte le risque d'exposer à une redoutable maladie un certain nombre de nourrissons, et de charger ainsi l'administration d'une lourde responsabilité.

Telle est la situation, pleine, vous le voyez, d'incertitudes, d'incon-

vénients et de périls, dont l'unique raison réside au total en ceci : *l'ignorance de l'état de santé du nourrisson qui vient de quitter la nourrice.*

Mais, avant d'aller plus loin dans cet exposé, nous avons besoin de répondre à deux objections qui se présentent naturellement, qui s'imposent même en l'espèce, et que voici.

Ce danger spécial que nous venons de signaler, à savoir le danger pouvant dériver d'une nourrice en *incubation de syphilis*, est-il bien réel, bien authentique ? — Et, d'autre part, à le juger tel, est-il assez fréquent pour appeler et légitimer de nouvelles mesures de prophylaxie ?

Sur le premier point, nous avons le droit d'être aussi affirmatif que possible et de venir dire à l'Académie : Oui, c'est là un danger absolument réel, parfaitement authentique. Ce danger ressort de l'observation. Maintes fois, en pratique, on a vu ceci : une nourrice saine, reconnue saine par un ou plusieurs examens médicaux, entre dans une famille ; — puis, quelques jours ou quelques semaines après, cette nourrice présente au sein une érosion d'abord insignifiante, mais destinée à revêtir bientôt les caractères du chancre syphilitique mammaire ; — et, de par ce chancre, elle infecte son nourrisson. On s'inquiète alors, on se récrie, on se désole ; et, remontant au pourquoi de cette contamination surprenante, on apprend que ladite nourrice, avant d'entrer dans sa nouvelle place, avait donné le sein à un nourrisson affecté de syphilis.

Donc, saine d'apparence, absolument saine alors qu'elle est entrée dans sa seconde place, cette nourrice n'était, en réalité, qu'une syphilitique *en incubation de syphilis*. Elle incubait à ce moment la vérole qu'elle avait reçue de son premier nourrisson.

Des faits de ce genre, répondant au schéma précité, ont déjà été relatés par divers médecins et par moi. Au hasard, et simplement comme spécimen, je présenterai le suivant à l'Académie, en l'empruntant à l'un de nos très estimés confrères, le Dr Dron, de Lyon.

Une nourrice d'Ambérieux vient à Lyon, après avoir sevré son enfant, pour y prendre un nourrisson. Malheureusement, elle reçoit un enfant issu de parents syphilitiques, lequel est bientôt criblé d'accidents syphilitiques auxquels il succombe.

Tout aussitôt, elle revient à la ville en quête d'un autre nourrisson. Elle s'adresse à un bureau. Là, un médecin l'examine (notez bien ceci, Messieurs), et, après examen, la déclare saine. On lui confie donc un enfant, celui-ci bien portant, indemne, et issu de parents sains, comme l'enquête le démontra plus tard.

Mais voici que, quelque temps après, cette femme voit poindre sur l'un de ses seins une petite lésion qui s'ulcère et s'élargit. Elle ne s'en inquiète pas tout d'abord et continue à nourrir.

Puis, voici que l'enfant, un peu plus tard, présente une ulcération à la lèvre supérieure, avec retentissement sur les ganglions sous-maxillaires.

Finalement, explosion d'accidents secondaires sur la nourrice et l'enfant (1).

Dans ce cas, donc, et cela au-dessus de toute contestation possible, un enfant sain a été infecté par une nourrice reconnue et certifiée médicalement saine au moment où elle a reçu cet enfant. Comment donc l'infection s'est-elle produite ? En toute évidence, par le fait d'une syphilis que la nourrice avait contractée de son premier enfant, mais d'une syphilis qui se trouvait *en incubation* à l'époque où cette femme a été admise — après examen médical, je le répète encore, — à prendre un second nourrisson.

Eh bien ! des observations de cet ordre pourraient être produites en bon nombre. Elles sont donc bien authentiques, non contestables.

D'ailleurs, comment et à quel point de vue seraient-elles contestables ? Est-ce qu'elles ont quoi que ce soit d'anormal, d'extraordinaire, voire de particulier ? Pas le moins du monde. Elles sont, au contraire, en harmonie parfaite avec ce que la clinique et l'expérimentation nous ont appris sur l'incubation de la syphilis. La syphilis incube et incube longuement, trois à quatre semaines en général, quelquefois plus. Donc, une nourrice contractant la syphilis aujourd'hui, je suppose, restera absolument indemne en apparence pour vingt-cinq jours environ ; que dans dix jours, je suppose encore, elle change de place, elle restera encore une quinzaine en état d'intégrité apparente, et c'est au delà seulement qu'elle transmettra la syphilis à son second nourrisson. Ainsi doivent forcément marcher les choses, et ainsi marchent-elles en réalité.

Second point : Ce mode de contamination par les nourrices en incubation de syphilis est-il fréquent ?

Ici, force nous sera d'être infiniment plus réservé. L'expérience nous manque, car il n'a pas encore été produit, que nous sachions, de documents statistiques sur le sujet. Ce qu'il nous est permis de dire, c'est que les contagions de ce genre se rencontrent en pratique de temps à autre, voire qu'ils ne sont pas rares. Pour ma part, dans le travail que j'ai publié sur la question en 1886, j'en citais déjà une douzaine de cas, et je crois bien en avoir observé un nombre au moins égal depuis lors. Il n'y a pas deux mois qu'un nouvel exemple du genre s'est présenté à moi dans la pratique de ville. Dans ce cas, encore, la nourrice avait été examinée, scrupuleusement examinée par un de nos confrères, lors de son entrée dans la famille du nourrisson qui fut contaminé. C'était, me fut-il raconté, la plus belle

(1) Ajoutons même cet épilogue confirmatif, bien qu'il n'ait plus trait à notre sujet : Confié à une autre nourrice, l'enfant ne tarde pas à infecter cette nourrice.

nourrice du monde, resplendissante de fraîcheur et de santé. Une douzaine de jours après son entrée dans la maison, elle commença à présenter à l'un des seins une sorte de gerçure à laquelle on ne prit pas garde, que l'on considéra, suivant l'usage, comme une morsure, comme « une griffe faite par l'enfant », puis qui devint un superbe chancre. Or ici, de même, l'infection de la nourrice dérivait, renseignements pris, d'un nourrisson antérieur affecté de syphilis héréditaire.

De même et en dépit de sa situation spéciale, M. Duvernet déclare qu'il n'est pas possible d'être fixé sur la fréquence dudit ordre de contamination, et cela pour deux raisons : 1° parce que, règle habituelle, les nourrices contaminées ne reviennent pas à la Préfecture et, en effet, qu'y viendraient-elles faire ?) ; — 2° parce que les parents des nourrissons contaminés se gardent d'ébruiter le malheur arrivé à leur enfant et se bornent à le déplorer en silence. Toutefois il incline à considérer les contaminations de ce genre comme assez fréquentes, en se fondant sur des preuves indirectes, à savoir :

1° Fréquence bien connue de la syphilis héréditaire. En une seule année (1887), onze nourrices sont revenues à la Préfecture en état de syphilis, bien que, je le répète, les nourrices contaminées n'aient pas pour habitude de reparaître à la Préfecture, où aucun intérêt ne les appelle.

2° Nombre considérable des nourrices dites de retour. Annuellement, 1300 enfants sont allaités dans leur famille par des nourrices de retour, c'est-à-dire par des nourrices venant de donner le sein à autant de nourrissons de santé inconnue, voire de santé suspecte pour bon nombre. Que de risques de contagion encourus en de telles circonstances !

3° Dangers spéciaux auxquels est exposée la nourrice sur lieu, pour ainsi dire sacrifiée à l'intérêt des familles, puisque son nourrisson n'est pas surveillé, comme l'est celui du nourrisson de province.

Il semble impossible à M. Duvernet que de ces trois facteurs et surtout de la réunion de ces trois facteurs ne résulte pas une fréquence plus ou moins élevée des contaminations à l'étude, — fréquence qui ne saurait encore être précisée aujourd'hui, mais qui est indéniable parce qu'elle est logique, forcée, nécessaire, parce qu'elle ressort de l'essence même des choses.

Au surplus, dans une question de cette nature, la fréquence absolue, arithmétique du péril est d'ordre secondaire. L'essentiel, c'est le péril même ou plutôt la constatation du péril. Or, sur ce point, la preuve est faite. Reste donc seulement le remède à trouver.

Ce remède, quel peut-il être? Ou, pour mieux dire, de quels moyens disposons-nous pour nous tenir à l'abri de l'ordre spécial des

contaminations qui nous occupe, à savoir, des contaminations issues de *nourrices en incubation de syphilis ?*

En l'espèce, avons-nous dit, nulle garantie ne ressort et ne saurait ressortir de l'examen médical de la nourrice, examen qui aboutit à démontrer que la nourrice ne présente rien de syphilitique pour l'instant, mais qui ne démontre en rien qu'elle ne sera pas, dans huit ou quinze jours, en pleine évolution chancreuse. Ce qu'il faudrait connaître, ce qu'il serait indispensable de connaître, pour accorder ou refuser à cette nourrice la libre patente, c'est l'*état de santé de son nourrisson antérieur*, du nourrisson qu'elle vient de quitter.

Or, n'y aurait-il pas moyen d'être renseigné sur ce point? Tout est là.

Eh bien! oui, il est un procédé qui, s'il entrait dans nos mœurs, permettrait d'être renseigné sur l'état de santé du dernier nourrisson. Ce procédé, tout simplement, consisterait en ceci :

Exiger de toute nourrice « de retour », pour l'admettre à rentrer dans un bureau de placement, un certificat médical attestant que l'enfant auquel elle vient de donner le sein n'a été affecté d'aucun symptôme contagieux.

Tenue à fournir ce certificat, la nourrice, à son tour, le réclamerait de ses maîtres, lesquels n'auraient aucune raison pour le lui refuser, à moins d'être, et pour cause, dans l'impossibilité de le lui fournir.

D'où il suit :

1° Que toute nourrice se présentant avec ledit certificat pourrait, sans danger pour autrui, être admise à la libre pratique ;

2° Que toute nourrice, se présentant sans ledit certificat, devrait être, *ipso facto*, considérée comme suspecte et, à ce titre, ou bien définitivement exclue ou bien ajournée pour un examen ultérieur.

Telle est la mesure que, pour ma part, j'avais proposé dans mon travail sur le sujet.

A son tour et partant du même principe, M. Duvernet a formulé la réglementation suivante dans le mémoire soumis à l'attention de l'Académie :

« 1° Toute nourrice sur lieu, qui vient de quitter sa place, est astreinte, pour être autorisée à un nouvel allaitement, à produire un certificat médical attestant que son nourrisson n'a été affecté d'aucune maladie contagieuse.

« 2° La nourrice qui n'aura pas été munie de ce certificat pourra y suppléer par un certificat médical attestant son immunité à la date de deux mois au delà du jour où elle aura été séparée de son nourrisson.

« 3° Toute personne qui prend, dans un bureau de placement, une nourrice au sein accepte l'obligation de fournir à cette nourrice, au moment de sa sortie de place, un certificat médical attestant que

l'enfant allaité par elle n'était atteint d'aucune maladie contagieuse.

« La formule de ce certificat sera inscrite sur le carnet de la nourrice.

« La teneur de l'obligation des parents et des ayants droit sera imprimée sur le reçu délivré par les bureaux aux personnes qui prennent une nourrice. »

Au total, l'esprit de cette réglementation est le suivant :

L'Administration rend, aux familles qui ont besoin d'une nourrice sur lieu, le bienfaisant office de leur fournir des nourrices qui, deux fois soumises à un examen médical, offrent toutes garanties de santé ;

Et, réciproquement, elle impose à ces familles l'obligation de lui rendre ces nourrices, le cas échéant, avec des garanties équivalentes.

Cela d'abord, si je ne me trompe, est de la suprême équité.

Puis, pour qu'il n'y ait pas surprise ou discussion, l'Administration prend soin d'avertir au préalable les familles (et cela, par stipulation imprimée) de l'obligation qu'elle leur impose. Elle leur dit ceci : Je vous donne aujourd'hui une nourrice dont mes médecins vous garantissent la santé ; mais, à votre tour, si vous me rendez cette nourrice, vous me garantirez médicalement qu'elle n'a pas contracté de votre enfant une maladie contagieuse, afin que je puisse, sans crainte, lui laisser prendre un autre nourrisson.

Tel est, Messieurs, le projet de réglementation que nous avons l'honneur de vous soumettre. En voilà du moins le principe, les bases, toutes réserves faites, si le principe en était adopté, pour les modifications, les amendements, les corrections, qu'il pourrait vous sembler convenable d'y introduire après discussion.

Cela dit, qu'il nous soit permis d'ajouter encore quelques mots à l'exposé qui précède.

I. — Et, tout d'abord, le projet en question est-il né viable ? est-il pratique, est-il d'application possible et facile ?

Pour cela, oui, dirons-nous. Car, d'une part, l'Administration préfectorale qui a eu connaissance des contaminations spéciales auxquelles ledit projet s'efforce d'apporter remède, qui a reçu des plaintes au sujet de telles contaminations, l'Administration dont le médecin est venu ici apporter les résultats de son observation et réclamer lui-même de nouvelles mesures, est sans nul doute absolument disposée à accueillir telles ou telles dispositions que vous lui présenterez, et cela tant au point de vue de l'intérêt général que par souci de sa responsabilité propre.

Et, d'autre part, vous n'ignorez pas que, de par la loi du 23 décembre 1874, l'Administration préfectorale a la haute main sur les bureaux de nourrices comme sur tous les intermédiaires qui s'emploient au placement des enfants en nourrice, en sevrage ou en garde, etc. C'est elle qui confère « l'autorisation », sans laquelle personne n'est admis à ouvrir un bureau de ce genre, et qui peut le retirer en cas

d'infraction aux règlements. C'est elle qui surveille les bureaux de placement, qui détermine « les conditions auxquelles ils sont astreints dans l'intérêt de la salubrité, des mœurs et de l'ordre public », qui en surveille les locaux, l'agencement matériel, les voitures de transport, etc., etc., » et cela pour le plus grand bien de tous.

Eh bien! s'il en est ainsi, rien ne serait plus facile à l'autorité administrative que d'ajouter à son règlement un ou quelques articles spéciaux visant le mode de contamination dont nous nous occupons actuellement; rien ne lui serait plus facile que d'interdire ses bureaux aux nourrices de retour se présentant sans certificat médical, que d'imposer aux familles la réciprocité en fait de garanties médicales, etc. Tout cela l'Administration peut le faire, a le droit de le faire. Et elle le fera sûrement, si elle trouve ici la sanction scientifique des mesures projetées.

II. — A un autre point de vue, lesdites mesures sont-elles susceptibles de rencontrer quelques résistances, quelques difficultés?

Certes, le projet actuel aura, comme début, le sort de toutes les choses nouvelles. L'obligation du certificat à délivrer à une nourrice congédiée pourra tout d'abord surprendre, étonner, choquer même certaines personnes qui n'en comprendront pas l'intérêt et ne verront là qu'une innovation vexatoire. Mais il en est ainsi de toutes les réformes utiles, qu'on commence par honnir et qu'on s'étonne ensuite d'avoir été si lentes à voir le jour. Routine n'est pas objection, non plus qu'obstacle insurmontable. Donc, passons sur ce point.

Certificat à délivrer aux nourrices congédiées, telle est la base, tel est le pivot même du projet. Or, d'où pourraient venir les objections, les résistances, par rapport audit certificat?

Est-ce de la part des nourrices? Non, certes. Car ce certificat sera pour elles une garantie, une caution, un brevet d'immunité, dont elles sauront bien se prévaloir. Il sera pour elles, sans comparaison, ce qu'est pour un domestique un bon certificat, grâce auquel il trouve d'autant plus facilement une nouvelle place.

Est-ce de la part des familles? Oui et non, suivant les cas. Je m'explique.

Pour les familles où la nourrice n'a été exposée à aucun risque de contagion, le certificat ne sera qu'une pure formalité à réclamer du médecin, formalité comparable à ce qu'est celle du certificat de vaccin. Quelle raison une famille saine aurait-elle de refuser à une nourrice qu'elle congédie ou qui la quitte un certificat qui peut aider cette femme à trouver un autre nourrisson? En quoi cette famille pourrait-elle se trouver offensée d'avoir à remplir cette si simple et si naturelle obligation?

En cherchant bien, je ne trouve qu'une catégorie de familles qui, — toujours par rapport au certificat — pourraient se montrer récal-

citrantes, régimber contre ladite formalité et protester contre elle. Cette catégorie est celle des familles syphilitiques, qu'elles auront de bonnes raisons, je le reconnais, pour trouver « vexatoire, abusive, attentatoire à leur dignité », l'obligation du certificat. Car, ce certificat, elles ne sauraient le fournir alors que leur tare héréditaire s'est révélée sur leur enfant; elles n'oseraient, et pour cause, le demander à leur médecin.

Mais ne voyez-vous pas là précisément l'excellence de l'innovation projetée puisque les seules résistances à prévoir ne pourront venir que des familles qui se sentiraient menacées, et pour cause, par l'obligation du certificat, c'est-à-dire des familles *dangereuses*, des familles qu'il y aurait intérêt pour la santé publique à écarter, à exclure des bureaux de nourrices?

III. — Autre objection. On nous a dit (car déjà, pour tâter l'opinion, nous avons conféré avec plusieurs de nos collègues sur l'ensemble du projet) : « Ne craignez-vous pas que le refus du certificat en question ou l'impossibilité de fournir ce certificat ne devienne une source de démêlés, de procès entre nourrices et familles des nourrissons? Car une nourrice à qui une famille ne voudra pas ou ne pourra pas délivrer ce certificat, se trouvant de ce fait même exclue de tous les bureaux et privée de son gagne-pain, ne manquera pas d'exercer une action judiciaire contre cette famille. »

Très certainement, oui, répondrons-nous, l'arrêté préfectoral qui imposera l'obligation du certificat aux familles aura et devra avoir de toute nécessité sa sanction légale; car, au cas contraire, il serait lettre morte. Et c'est là une conséquence forcée, nécessaire, du projet.

Mais cette conséquence, nous ne reculons pas devant elle, et cela pour une double raison :

1° Parce que le refus ou l'impossibilité de délivrer le certificat constituerait de la part d'une famille, un *dommage* commis au préjudice de la nourrice, et que chacun est tenu, tant par le moral que par le Code, à réparer le dommage fait à autrui;

2° Parce que la famille qui s'est mise dans la situation de ne pouvoir fournir le certificat légal à la nourrice, s'y est mise de son plein gré et en pleine connaissance de cause. Elle était avertie, par avis imprimé, de l'obligation à laquelle elle s'engageait en venant prendre une nourrice dans un bureau. Elle n'a donc qu'à s'imputer à elle-même les désagréments ou les préjudices de la situation qu'elle s'est créée.

Mais, dira-t-on peut-être, quelle sera donc la *sanction légale* du refus de certificat, ou, en d'autres termes, quelle sera, en pareil cas, la réparation du dommage fait à la nourrice? Cela, Messieurs, ne nous regarde plus, car il n'y a plus rien là de médical; cela est affaire aux tribunaux, et nous laisserons hors de cause cette partie de la question pour laquelle nous n'avons pas compétence.

IV. — Enfin, on nous a encore objecté ceci : « Votre projet de certificat médical risque de devenir une cause de troubles, de discorde, de scandales dans les familles, *en dénonçant la syphilis du mari.* Car, si le médecin se refuse, dans un cas donné, à signer ce certificat, qu'est-ce que cela voudra dire? Quelle interprétation recevra ce refus aux yeux de la mère, de la famille, de tout le monde, si ce n'est celle-ci : que l'enfant est malade, qu'il a une mauvaise maladie, qu'il a la syphilis, la vérole, pour prononcer le gros mot, et que ce mal, forcément, il le doit à son père? Voilà donc le mari, *ipso facto*, convaincu de vérole aux yeux de sa femme, aux yeux de tout le monde, et cela grâce à votre malencontreux certificat. »

A cela nous répondrons :

1° La dénonciation de la syphilis du mari n'est en rien le résultat du refus de certificat. Elle résulte tout aussi bien et en évidence non moindre de l'ensemble des circonstances, à savoir : des accidents présentés par l'enfant, du traitement prescrit, du sevrage imposé. Quoi! voilà un enfant couvert d'accidents au moins étranges, un enfant malade auquel (chose bizarre et contraire à toute règle!) on a supprimé sa nourrice, auquel on a prescrit tous remèdes non moins bizarres, tels que l'iodure de potassium ou frictions mercurielles; et rien de tout cela, croyez-vous, n'a ouvert les yeux ni à la mère, ni à la famille, ni à personne. C'est le certificat seul qui est venu faire la lumière ; c'est lui le seul coupable, « le pelé, le galeux dont provient tout le mal » ; sans lui, le mari serait sorti blanc comme neige de cette situation plus qu'équivoque, et sa faute serait restée ignorée de tout le monde ! — Inutile d'insister davantage sur un tel argument.

2° Puis, ajouterons-nous, alors même que le certificat aurait cette faculté singulière de révélation, le dommage qui en résulterait pour le mari nous paraît cent fois inférieur à celui d'une contamination transmise à la nourrice et peut-être aussi d'une contamination de ricochet transmise par la nourrice à un autre nourrisson. Certes, ce sera un chagrin, une mortification pour le mari que la révélation de sa syphilis aux yeux de sa femme et de sa nouvelle famille. Mais ce malheur, dont après tout il est l'auteur responsable, n'est pas à mettre en parallèle avec celui d'une contagion syphilitique et peut-être d'une double contagion. Donc, serait-il révélateur vis-à-vis du mari, le certificat nous paraîtrait encore excellent au point de vue de la sauvegarde générale et de la santé d'autrui.

Nous insistons. Qu'arrive-t-il usuellement dans l'état de choses actuel, alors que des symptômes suspects ou manifestement syphilitiques viennent à éclore sur un nourrisson? Ceci. On congédie la nourrice sur la déclaration du médecin, qui la dit menacée par l'état de l'enfant; on lui paie ce qu'on lui doit, et on la met sur le pavé. Qu'elle aille où elle voudra, on ne s'en occupe guère. Que cette nour-

rice puisse avoir déjà reçu la contagion de l'enfant, et soit en condition de transmettre la maladie à un autre enfant, on n'y songe même pas, à moins d'avertissement formel du médecin en ce sens. C'est là le système cyniquement égoïste d'*arrive que pourra*. De là ces cas (qui, je le répète, ne sont pas rares) de nourrices infectées plus ou moins longtemps après avoir quitté l'enfant dont elles tiennent la contagion; de là ces cas de contamination d'enfants par des nourrices *en incubation* de syphilis.

Tandis que, tout au contraire, avec l'obligation du certificat, toute nourrice, ayant quitté sa place sans ledit certificat, deviendra *ipso facto* une nourrice suspecte, une nourrice contre laquelle, d'une façon ou d'une autre, on se tiendra en garde. Conséquemment, de ce chef même, la possibilité d'infection des enfants par les nourrices en incubation de syphilis se trouvera nécessairement supprimée.

Avec l'ancien système, pas de défense possible de la société contre la nourrice qui vient de quitter un nourrisson syphilitique; — avec le système proposé, ladite nourrice se dénonce elle-même comme suspecte, par ce fait seul qu'elle se présente sans certificat attestant l'immunité de son dernier nourrisson.

Au total, Messieurs, la réglementation que nous avons l'honneur de vous soumettre nous paraît capable de rendre à la santé publique un double service :

1° Elle pourra réaliser ce premier résultat d'écarter des bureaux de nourrice, par l'obligation du certificat en question, un certain nombre de *familles dangereuses*. Certes, quelques-unes de ces familles pour le moins y regarderont à deux fois avant de se risquer à prendre une nourrice dans un bureau, alors qu'elles seront averties qu'en cas de maladie de l'enfant et de suspension forcée de l'allaitement, elles seront responsables du dommage fait à la nourrice par l'impossibilité où elle se trouverait de lui fournir un certificat d'immunité de leur enfant. — De ce premier chef, donc, un certain nombre de contaminations seront sûrement conjurées.

2° Plus sûrement encore, cette même réglementation constituera une barrière contre l'infection des enfants par les nourrices en incubation de syphilis.

En définitive, le projet à l'étude repose sur une base clinique, sur un danger clinique; — il répond à un desideratum administrativement constaté du système en vigueur; — il paraît d'exécution pratique; — il est susceptible de réaliser une sauvegarde réelle dans un ordre de choses où l'on éprouve tant et tant de difficultés à faire quelque bien. Nous croyons donc être autorisés à le recommander à l'attention de l'Académie.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 11 JUIN 1891. — PRÉSIDENCE DE M. LAILLER

Compte rendu analytique.

Cas typique de rhinosclérome.

MM. E. Besnier, Le Bec et Vidal présentent une malade atteinte de rhinosclérome typique. (L'observation avec tous les détails nécessaires sera publiée ultérieurement dans les *Annales.*)

Syphilomatose tertiaire multiforme; valeur diagnostique des cicatrices; cas remarquable de syphilis tertiaire post-conceptionnelle.

M. E. Besnier. — La malade que voici est intéressante à un double point de vue : d'abord, comme diagnostic direct; ensuite, en raison de l'origine conceptionnelle. Vous voyez qu'elle a la face et le cou recouverts de croûtes épaisses, masquant des ulcérations végétantes, entourées de cicatrices chéloïdiennes. Le diagnostic d'emblée entre la syphilis et la tuberculose est impossible, mais d'autres lésions permettent de le préciser : d'une part, la malade a une oreille coupée, comme à l'emporte-pièce, par une lésion antérieure, ce que la tuberculose ne fait pas aussi nettement; d'autre part, sur la tête, il existe une large cicatrice avec dépressions digitales profondes, qui font ressembler cette partie du crâne à une planche de jeu de *macarons;* jamais la tuberculose ne produit de lésions de ce genre.

L'évolution de cette syphilis est intéressante. La malade a été mariée deux fois : son premier mari a succombé à des accidents de tuberculose pulmonaire et de syphilis grave; elle a eu de lui un enfant mort, à quatre mois, de « méningite ».

Deux ans après, elle a épousé un homme bien portant, non syphilitique, dont elle a un enfant actuellement âgé de treize ans et sain. Or, c'est *après la naissance* de cet enfant resté sain que sont apparues ses syphilides, qui évoluent à peu près librement, peu ou pas traitées, depuis près de quatre années.

Diagnostic des cicatrices du bouton de Gafsa.

M. Hallopeau. — Voici un malade qui présente de nombreux groupes de cicatrices consécutives à des boutons des pays chauds ; elles offrent de

grandes analogies avec des cicatrices d'origine syphilitique ; les antécédents du malade, qui a habité autrefois pendant deux ans les environs de Gafsa et y a été atteint des boutons qui portent le nom de cette ville et, d'autre part, l'existence chez lui de signes d'une syphilis toute récente, viennent éclairer le diagnostic. Un examen attentif montre que l'identité de ces cicatrices avec celles que laissent les syphilides ulcéreuses n'est pas absolue ; elles ont, en effet, pour la plupart, des bords taillés à pic et comme à l'emporte-pièce : c'est là un caractère qui appartient aux ulcérations syphilitiques, mais non aux cicatrices qui leur sont consécutives ; cet aspect abrupt et nettement tranché des bords devra, dans des cas analogues, mettre sur la voie du diagnostic et éviter une erreur qui pourrait être fort préjudiciable.

Un cas d'actinomycose de la face

Par MM. J. Darier et G. Gautier. (Voir page 449.)

Excision de chancres syphilitiques.

M. Mauriac. — J'ai fait l'excision d'un chancre syphilitique vers le troisième jour de son apparition, alors qu'il n'y avait pas encore d'adénopathie. Le lendemain, un nouveau chancre plus induré que le premier poussa à quelque distance sur le prépuce et fut largement excisé au bout de vingt-quatre heures.

Les deux plaies se cicatrisèrent rapidement et sans aucune réaction inflammatoire; mais, au-dessous d'elles, une induration très spécifique se produisit, en même temps que l'adénopathie, faible et équivoque lors de l'excision, prenait de jour en jour, dans les deux aines, un développement considérable et de plus en plus caractéristique.

Le processus de la syphilis primitive n'avait donc été ni enrayé, ni même atténué par cette double excision, faite pourtant dans les conditions les plus favorables. Il existait deux larges plaques d'induration dans le sillon balano-préputial, sous les deux plaies cicatrisées et à peine visibles. L'adénopathie était aussi syphilitique que possible.

Au bout de cinquante-trois jours, à dater de l'apparition du premier chancre, le malade fut pris de céphalalgie nocturne, de douleurs rhumatoïdes, intercostales et diaphragmatiques, de fièvre vespérale et de sueurs abondantes pendant la nuit, puis la peau se couvrit d'une syphilide papuleuse plate de moyenne intensité.

L'infection généralisée ne fut donc pas prévenue ; elle arriva à sa date fixe et fut sans doute à peu près telle qu'elle eût été sans l'excision des néoplasies primitives.

Cas rare de déférentite et de vésiculite blennorrhagiques

Par M. Mauriac. (Voir page 467.)

Bromisme cutané.

M. Feulard. — La petite fille de dix-sept mois que je vous présente est atteinte d'une éruption occupant les fesses et la partie supérieure et pos-

térieure des cuisses, et consistant en grosses plaques végétantes condylomateuses de couleur rouge brun foncé, saillant de un centimèttre à un centimètre et demi au-dessus de la peau saine ; l'éruption a respecté la vulve, le périnée et l'anus. Elle s'accompagnait au début de démangeaisons assez vives troublant le sommeil et ayant amené l'amaigrissement. L'aspect de l'éruption est syphiloïde et on aurait pu croire à des plaques muqueuses hypertrophiques, d'autant que le père de l'enfant est un ancien syphilitique.

Il ne s'agit pas de syphilis cependant, mais d'une éruption médicamenteuse.

L'enfant, atteinte de coqueluche au mois de février, a été traitée par les bromures (bromure de potassium, de sodium, d'ammonium) et a pris, du 11 mars au 18 avril, 23 grammes environ de ces bromures, les doses quotidiennes variant entre 50 centigrammes et 1 gramme. Les accidents apparurent le 25 mars ; le traitement bromuré fut cessé le 18 avril. Je signalerai l'altération des quatre incisives supérieures qui ont été atteintes de carie pendant le traitement et sont actuellement cassées au ras de la couronne.

Le traitement (du 16 au 29 mai) a consisté en pansement à la vaseline boriquée, poudre d'oxyde de zinc et à l'intérieur l'arséniate de soude.

M. Cayla présente une enfant qui porte à la jambe droite une vaste lésion papulo-croûteuse d'origine bromique.

M. A. Fournier. — On confond fréquemment des éruptions avec des syphilides ; cette erreur a été commise au sujet de l'enfant que présentait tout à l'heure M. Feulard. Il faut noter que l'éruption se produit souvent alors que le médicament est administré depuis assez longtemps déjà, et, à ce propos, je ferai remarquer combien est variable la tolérance de l'iodure de potassium, non seulement d'un sujet à un autre, mais aussi pour un même malade. Il en est qui tolèrent admirablement le médicament, et qui un ou deux mois plus tard, sans aucune raison appréciable, cessent d'en supporter la plus faible dose. Cela m'est arrivé dernièrement encore pour une jeune fille qui, après avoir absorbé pendant longtemps sans aucun inconvénient des doses assez élevées, a eu tout d'un coup une éruption iodique intense.

M. L. Jacquet. — Je rappelle que M. Féré a signalé récemment l'avantage de l'antisepsie intestinale par le naphtol et le salicylate de bismuth pour prévenir ou traiter les éruptions médicamenteuses, en particulier les éruptions bromo-potassiques. Celles-ci peuvent être produites par des doses minimes ; Kaposi a même cité, au Congrès de dermatologie de Paris, le cas d'un nourrisson atteint de bromisme ; sa mère prenait du bromure.

Ces éruptions ne sont pas toujours inoffensives : j'ai vu dans le service de M. E. Besnier un homme atteint de bromisme cutané à grands éléments, — il n'avait pris que fort peu de bromure. Il guérit en un mois environ. Deux ans après je le rencontrai tout à fait par hasard à Saint-Louis, dans le service de M. Le Dentu ; il était dans un état pitoyable, couvert de bourgeonnements, d'ulcérations et d'abcès. Il s'était laissé persuadé, en raison de ses anciennes cicatrices de bromisme, qu'il était syphilitique. J'essayai de le raisonner; peine perdue : c'était un syphilophobe et il est bien possible qu'il en soit mort.

M. Barthélemy. — J'ai vu un cas de bromisme par allaitement, analogue à celui de Kaposi.

M. Morel-Lavallée. — De même j'ai observé des éruptions hydrargyriques chez un nourrisson dont la mère prenait de la liqueur de Van Swiéten.

Injections hypodermiques à haute dose d'huile simple ou médicamenteuse. Accidents consécutifs

Par M. E. Besnier. (Voir page 456.)

De quelques formes anormales d'engelures.

MM. W. Dubreuilh et Sabrazès (de Bordeaux). — A côté du type ordinaire des engelures, caractérisé par une infiltration du derme dans toute ou presque toute son épaisseur, mal délimitée, peu saillante, et quelquefois surmontée d'une légère exsudation formant une sorte de bulle ou de phlyctène flasque, il y a lieu de décrire d'autres types qui ne se trouvent pas signalés dans les traités classiques.

On peut voir, en même temps que des engelures du type banal ou indépendamment de celles-ci, des papules miliaires à peine saillantes, ou plus volumineuses, rougeâtres ou violacées, assez dures; ces papules ne présentent en somme pas de différences très profondes avec les engelures ordinaires, car on y retrouve tous les caractères habituels, mais en petit: la couleur est la même, l'infiltration est superficielle, la papule est ou non surmontée d'une vésicule, et les différentes variétés d'érythème polymorphe ou d'érythème papuleux.

Les engelures peuvent également, comme l'érythème, présenter le caractère bulleux; les bulles ressemblent tout à fait à des bulles de pemphigus ou à des brûlures au 2e degré; l'aspect de ces bulles n'est nullement celui des engelures ordinaires, mais on peut observer chez le même malade toutes les transitions entre les engelures typiques et celles dans lesquelles la bulle devient la lésion prédominante ou même unique. Contrairement aux faits décrits par Rayer, dans lesquels l'engelure bulleuse représente une forme plus grave que l'engelure ordinaire, ces bulles peuvent représenter une forme atténuée, presque indolente, guérissant facilement et ne s'ulcérant que très rarement.

Ecthyma des bras.

M. Barthélemy présente un élève de l'école d'Alfort qui, après avoir accouché une vache non antiseptisée, a eu sur le bras droit une éruption de pustules d'ecthyma.

La séance est levée.

L. Jacquet.

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE

SÉANCE DU 19 MARS 1890. — PRÉSIDENCE DU PROFESSEUR KAPOSI

Syphilis héréditaire.

M. ULLMANN présente un garçon de 2 ans et 3 mois du service du professeur Lang. La mère a 29 ans. Les commémoratifs sont sans valeur par suite du peu d'intelligence de la mère, qui a placé l'enfant pendant deux ans chez une nourrice. Elle aurait eu une fausse couche il y a environ dix ans. Elle a eu ensuite un enfant, âgé aujourd'hui de 4 ans, bien portant jusqu'ici, puis celui dont il est question actuellement. Il est très affaibli, son poids est de 8 kilogrammes.

Jusqu'au commencement de cette année l'enfant aurait été bien portant: depuis cette époque il est constamment malade. Affection fébrile seulement dans ces derniers jours. La mère ne porte actuellement pas de signes manifestes de la syphilis; sur la petite lèvre gauche cicatrices étendues et faciles à reconnaître. On ne sait rien de certain sur le père. L'enfant respire très difficilement et rapidement; la face est fortement bouffie et cyanosée. Il faut rapporter ces symptômes à un croup laryngien et à une pneumonie consécutive. Un petit ulcère sur la langue avec dépôt diphtéritique, la gravité des symptômes ainsi que la toux croupale rendent très probable la maladie infectieuse intercurrente. Les muqueuses buccales sont très pâles. On ne peut pas apercevoir les cordes vocales. Mais en dehors de cette maladie on constate des lésions syphilitiques tardives graves : le nez est un peu affaissé à la pointe, la cloison cartilagineuse est largement perforée; l'aile droite est détruite par un ulcère assez profond, d'où résulte une déviation latérale de l'extrémité. Cette lésion dans la syphilis héréditaire s'observe rarement à un âge aussi peu avancé. Au milieu de la lèvre supérieure et surtout sur la lèvre inférieure cicatrice fortement déprimée; au niveau des deux commissures plusieurs petites cicatrices superficielles. Sur la face postérieure de chaque oreille, ulcère superficiel.

Une gomme sous-cutanée dont le centre est en désagrégation a son siège au milieu de l'avant-bras gauche, sur la surface d'extension. Des infiltrats ulcérés, en voie de cicatrisation, de la peau du siège paraissent être également d'origine syphilitique. En dehors de ces lésions et de traces légères de rachitisme, il existe au tiers inférieur de la région cubitale droite une saillie de la grosseur d'une noix, probablement aussi de nature syphilitique. Les os métacarpiens de l'index et du médius du côté droit étaient très épaissis; de même sur la face terminale du pouce droit, dont la face palmaire présentait une ouverture fistuleuse conduisant dans la cavité d'un abcès de la dimension d'un haricot. Ganglions lymphatiques tuméfiés dans différentes régions. Otite moyenne bilatérale ayant amené la perforation des deux tympans. L'apparition prématurée de symptômes tertiaires graves chez un sujet très jeune, qu'il s'agisse de syphilis

congénitale ou acquise, notamment la perforation de la cloison cartilagineuse du nez, rend ce cas très intéressant.

M. Lang croit qu'il s'agit très probablement d'une syphilis héréditaire. Kaposi et Neumann sont du même avis et insistent sur ce que la perforation de la cloison si peu de temps après la naissance est un phénomène rare.

Lèpre.

M. Hebra présente un cas de lèpre. Il s'agit d'un homme de 28 ans né à Breslau. En 1873 il est parti pour le Brésil, deux ans plus tard il a épousé une femme du Holstein, venue au Brésil étant encore enfant. Elle n'est pas lépreuse. L'homme est atteint de la lèpre depuis trois ans; il n'a jamais eu de contact direct avec des lépreux. La femme qui lava son linge pendant des années n'avait pas la lèpre. Un an après, en 1886, il survint sur le thorax, le dos, mais principalement sur la face interne des cuisses des taches rouge bleu, rouge brun qui persistèrent plus d'un an.

Un traitement arsenical amena une période de calme jusqu'en 1888. A cette époque apparurent sur plusieurs points de la peau des nodosités aplaties qui se multiplièrent, notamment à la suite d'un violent accès de fièvre. A partir de la tête jusqu'aux omoplates la peau présente une pigmentation foncée. Au-dessous il y a une bande de peau de la largeur de la main dont la coloration est normale; du bord inférieur de cette bande jusqu'aux pieds il existe une teinte brun grisâtre. L'expression de la face est rigide; sur l'arc sourcilier gauche et sur la joue droite, nodosité lépreuse du volume d'un pois. Les autres parties de la face sont lisses. Le bord du pavillon des oreilles est le siège de très nombreuses petites nodosités. Nodosités lépreuses sur la peau du tronc et des membres, mais surtout au niveau des fesses. Muqueuses buccale et pharyngienne indemnes. Sur la face médiane de la jambe gauche, depuis la malléole interne jusqu'au milieu du mollet, la sensibilité est diminuée.

M. Kaposi regarde ce cas comme rare à cause des nombreuses nodosités distinctes, ne dépassant pas la grosseur d'un pois et formant une saillie hémisphérique.

Lèpre.

Kaposi présente ensuite un lépreux en observation depuis cinq ans dans sa clinique. A des époques différentes, des nodosités lépreuses, partant du corps ciliaire, se sont développées dans les deux yeux. La cornée fut incisée, mais inutilement. Tous les traitements n'ont eu d'autre résultat qu'une succession périodique de régressions et de nouvelles éruptions. Depuis longtemps il n'y a pas eu de nouvelle exacerbation. Par moments le malade ne peut pas avaler par suite de l'immobilisation du larynx.

Diverticule de l'urèthre.

Le Prof. Neumann communique l'observation suivante. Il s'agit d'un journalier de cinquante-neuf ans atteint d'une uréthrite aiguë et d'un rétré-

cissement. En 1884 il était venu dans son service pour une uréthrite. A l'exploration on constata à 3 centimètres de l'orifice uréthral une tumeur fluctuante, fortement tendue, du volume d'un œuf de poule, la pression faisait sortir une urine claire par l'orifice uréthral. En introduisant une corde à boyau à travers le rétrécissement l'urine s'écoulait aussi par côté. Il s'agissait évidemment là d'un diverticule formé par la paroi inférieure de la muqueuse uréthrale.

Il existe déjà dans la science neuf cas de cette anomalie.

Lésion syphilitique primaire de la face interne du prépuce.

M. Neumann présente en outre un homme de vingt-six ans qui avait une lésion syphilitique primaire sur la face interne du prépuce. Sur la peau du pénis, du scrotum, du tronc, du creux des aisselles, des papules humides, quelques-unes avec dépôt diphtéritique. Dans ces régions, il y a en outre quelques papules recouvertes de croûtes et des taches de roséole disposées en cercle.

Déchirure du périnée chez une jeune fille de dix ans.

Le même auteur présente une fille de dix ans violée par un garçon de dix-huit ans et amenée à la clinique vingt-quatre heures après. On constate, outre la rupture de l'hymen, une déchirure profonde du périnée s'étendant jusqu'au sphincter externe de l'anus.

Eschare de l'urèthre.

M. Grünfeld montre un malade atteint de rétention d'urine survenue à la suite d'injection d'une solution de créoline à demi pour cent pour combattre une blennorrhagie. A l'examen endoscopique, on trouva l'urèthre escharifié depuis l'orifice externe jusqu'au commencement de la portion prostatique.

Tuberculose du nez.

M. Lukasiewicz présente une malade atteinte de tuberculose du nez.

Cette femme, âgée de vingt-quatre ans, se trouve actuellement dans la clinique du professeur Kaposi. Elle a toujours été d'une constitution délicate, d'ailleurs bien portante. L'affection du nez aurait commencé environ quinze mois avant son entrée à l'hôpital sous forme d'une petite rougeur proéminente, douloureuse, de l'aile droite du nez, laquelle augmente lentement.

Au moment de son admission, 30 novembre 1889, au sommet des deux poumons on entend le murmure respiratoire affaibli. Rien du côté des autres organes. La malade est au neuvième mois d'une grossesse. Le nez présente jusqu'au milieu de sa partie dorsale une rougeur diffuse; il est tuméfié, légèrement infiltré, pas très douloureux. Sur l'aile droite, saillie rouge livide, fluctuante, de la dimension d'une pièce de 20 centimes d'où

la pression fait sortir un peu de pus, et recouverte d'une petite croûte jaune. Légère desquamation sur toute la partie infiltrée.

Après deux semaines de séjour à l'hôpital, il se produisit une exulcération au niveau de la petite proéminence. Au pourtour granulations molles, jaune rougeâtre; bords mous, non décollés, finement dentelés.

A la suite de son accouchement, il survint de la fièvre que l'on attribua au progrès de l'affection pulmonaire. On constate alors au sommet des poumons des signes évidents de tuberculose. Nombreux bacilles dans les crachats. L'affection du nez progresse également. L'aile du nez est complètement détruite, les bords de l'ulcération sont comme rongés, des granulations molles, rougeâtres, saignant facilement, remplissent tout le fond de la plaie.

Du côté droit du nez, l'ulcération pénètre à l'intérieur jusqu'à environ 2 centimètres ; à gauche, on ne voit que des ulcérations superficielles autour de la perforation de la cloison. Sur le voile et les arcs du palais, granulations miliaires, gris rougeâtre, disséminées. Sur l'arc palatin droit, petite ulcération.

Dans ce cas, la tuberculose s'est propagée de la muqueuse pituitaire au tégument externe du nez.

L'affection n'a pris un caractère accusé sur le nez ainsi que dans les poumons qu'après les couches.

L'auteur n'a relevé dans la science que trente cas de tuberculose du nez. Il s'agit ici de la forme ulcéreuse; la cloison et l'aile du nez ont été atteintes, tandis que dans le plus grand nombre des cas l'ulcération reste localisée à la cloison.

Il n'a pas été trouvé dans l'exsudat ulcéreux les mêmes bacilles que dans les crachats : par contre, on constatait la présence d'un grand nombre de streptocoques. Ce résultat négatif est-il dû aux nombreux micro-organismes ou à la basse température extérieure (Gerhart)?

Nouveau glycérolé.

M. Hebra emploie dans le traitement de diverses maladies un glycérolé composé de 92 parties de glycérine et de 8 parties de savon de coco. Cette masse est soluble dans l'eau chaude et l'eau froide; elle ramollit l'épiderme, en même temps que la glycérine exerce une action kératoblastique. Cet auteur a employé avec succès la glycérine saponifiée, additionnée d'acide salicylique contre les callosités, les mycoses superficielles, etc... Cette dernière préparation combinée avec de la résorcine rend de très bons services dans la séborrhée du cuir chevelu et les eczémas aigus.

Une pommade salicylée à la créosote constitue un excellent remède anti-bacillaire contre le lupus et le tyloma. Des savons à base neutre (glycérine saponifiée 95, oxyde de zinc 5) constituent de très bons savons de toilette.

Il préconise contre l'eczéma la préparation suivante : glycérine saponifiée, 78; oxyde de zinc, 20; amidon, 2.

L'iodoforme en suspension dans la glycérine saponifiée a une action

particulièrement favorable. On peut en dire autant des pommades à la chrysarobine et à l'ichthyol préparées avec cette base.

SÉANCE DU 2 AVRIL. — PRÉSIDENCE DU PROFESSEUR KAPOSI

Traitement des bubons.

M. Lang présente deux malades auxquels il a appliqué sa méthode de traitement des bubons, méthode qui consiste, comme on le sait, à faire une incision longitudinale passant par le sommet fluctuant de la tumeur, extirpation ou curetage de tous les produits pathologiques, désinfection parfaite de la cavité, excision des bords amincis de la plaie, de façon à obtenir autant que possible une réunion linéaire. Les lambeaux sont ensuite réunis par des sutures entortillées. Pour diminuer la tension, on fait deux ou trois sutures d'appui s'étendant plus loin. Un petit drain est fixé au milieu de la plaie et enlevé au bout de quelque temps.

Horovitz dit avoir essayé cette méthode, mais sans résultat satisfaisant.

Grünfeld a obtenu des succès de ce mode de traitement avec des précautions antiseptiques.

Funiculite.

M. Lang présente un malade atteint de funiculite dans le canal inguinal et ouverture à travers la paroi abdominale.

L'affection s'est développée à la suite d'une blennorrhagie chez un homme de trente ans.

Urèthro-cystite chez un enfant de six ans.

M. Ullmann présente un garçon de six ans atteint d'uréthro-cystite blennorrhagique qui a été infecté par une femme de chambre de quinze ans chez laquelle on constata une vulvo-vaginite avec hymen intact. Chez elle, l'infection aurait eu lieu soi-disant par violence et coït de la part de son maître.

Mode rare d'infection syphilitique.

Le cas suivant présenté par le même médecin est curieux à cause de la rareté du mode d'infection : dans un coït *per os* pratiqué en état d'ivresse, le malade fut mordu au gland. Ayant ensuite pratiqué le coït naturel, toutes les plaies furent infectées et les ulcères correspondent exactement à l'empreinte des dents.

Érythéme toxique.

M. Neumann présente un cas de dermatose généralisée (érythème toxique). Orfèvre de trente-trois ans, originaire de Cracovie, aurait eu il y a huit ans une cystite, jamais d'autre maladie sérieuse; a été pris, il y a quinze jours, de toux, fièvre et céphalalgie auxquelles s'ajouta le

15 mars de l'oppression. Le 13 mars, il eut une éruption squameuse de la face dorsale des deux mains et de la face. Comme remède, il n'avait pris qu'une petite quantité de poudre de Dower et une très faible proportion de morphine muriatique. Le 15 mars, le malade entra à la clinique dans l'état suivant : sur les membres et le tronc, efflorescences rouge foncé, de la dimension d'un grain de millet, correspondant aux follicules pileux, sans aucune dépression centrale, elles ne se distinguent de celles du lichen pilaire que par leur localisation, leur coloration et leur marche aiguë. En quelques points, il y a plusieurs papules, de la dimension d'une lentille, dont la couleur varie du brun foncé au brun clair. Sur de nombreux groupes, l'épiderme se détache en lamelles minces. La peau est rouge pâle; on trouve même au niveau de la nuque, de la paroi thoracique, des taches ayant la même teinte, qui sont caractéristiques de la marche aiguë de l'affection. Sur la face dorsale des mains, les sillons et lignes sont profondément séparées, avec nombreuses fissures. Le tissu est coriace, sec, les ongles blancs sans hypertrophie de la substance unguéale. Sur la face des avant-bras et au pli des coudes, la peau est rouge foncé. Dans le pli des coudes, nombreuses pétéchies.

La peau de la face est parcheminée, légèrement infiltrée; sur le cuir chevelu, productions squameuses. La peau des paupières est épaissie. Sur les membres inférieurs, efflorescences rouge foncé, avec suffusion sanguine. Plante des pieds tuméfiée. Vers la face dorsale, la peau est rouge foncé, parsemée de nombreux points hémorrhagiques.

Dix jours plus tard on constate les modifications suivantes : fissures horizontales et allongées correspondant aux espaces métacarpiens. Les papules des membres inférieurs et du tronc sont rouges, hémorrhagiques, en partie confluentes sur le tronc. A la face la maladie s'étend d'une manière diffuse; il en est de même à la nuque, sur le dos et la paroi thoracique. Sur la face dorsale des pieds la rougeur s'étend jusqu'aux malléoles; quelques taches sont plus claires, d'autres cyanosées.

Six jours plus tard on constate une diminution dans la tuméfaction de la face. Amas considérable de squames blanches, brillantes, surtout dans les parties velues et sur le pavillon des oreilles. Sur les parties dépouillées de squames la peau est rouge pâle, œdématiée. Sur le thorax, la nuque, le dos, jusqu'aux fesses, squames furfuracées atteignant jusqu'à la dimension d'une lentille; la peau est rouge bleuâtre, tuméfiée. La température n'est pas élevée. La surface interne des membres supérieurs est recouverte de larges squames lamelleuse; sur l'abdomen la peau est rouge foncé; sur la paume des mains les squames sont tombées et la peau est rouge foncé, non infiltrée. Sur les membres inférieurs la peau est rouge bleuâtre, cyanosée, avec traînées de papules hémorrhagiques. Sur la face dorsale des pieds l'épiderme se détache; au niveau des cuisses il est fendillé.

M. Neumann termine sa communication en discutant le diagnostic qu'il a posé d'érythème toxique, sans toutefois pouvoir dire quelle en est, dans ce cas, l'origine?

Peut-être est-il dû à la même cause que les divers érythèmes qui surviennent au cours des maladies mycosiques, comme on l'a déjà observé dans des affections aphteuses.

M. Hebra regarde également ce cas comme un érythème toxique et la conséquence d'une intoxication générale alors même qu'on ne pourrait démontrer qu'un médicament est la cause de l'affection.

M. Paschkis demande si par l'examen des urines on n'a constaté aucune excrétion de corps aromatiques, s'il ne s'agit pas d'une intoxication par des ptomaïnes.

M. Neumann répond que jusqu'ici on n'a rien trouvé de semblable dans les urines.

M. Kaposi a porté également le même diagnostic d'érythème toxique. Il importe, dit-il, — sans se préoccuper des diverses causes possibles — de bien retenir les caractères cliniques de l'érythème, il sera alors possible de s'orienter aussi dans les formes excessives ou exceptionnelles ; rougeur aiguë, fluxionnaire, hyperémique à laquelle succède immédiatement une teinte cyanosée consécutive à la parésie des plus petits vaisseaux et des capillaires, le mode de distribution de ces phénomèmes, par conséquent coloration bleue, brun bleu au centre, rougeur vive, aiguë à la périphérie. Tous les autres symptômes sont l'expression de l'intensité du processus, surtout du plus ou moins de perméabilité de la paroi vasculaire pour le sérum et le sang. Si la perméabilité est médiocre, on n'a que les phénomènes de coloration dont il a été question, peut-être une teinte bleue et brune plus durable quand la tonicité vasculaire altérée se rétablit lentement.

Sous l'influence d'une irritation intense, il survient une imbibition séreuse de la couche épidermique et le soulèvement de cette couche sous forme de squames et même de masses considérables de squames, desquamation siliqueuse, ou accumulation abondante de sérum et formation de bulles, érythème bulleux. Dans la phase parésique, il y a aussi extravasation de corpuscules rouges du sang, points et traînées hémorrhagiques, notamment sur les régions déclives du corps.

Il est incontestable que certaines causes nocives ont la propriété de provoquer dans des organes déterminés de la peau l'un ou l'autre de ces symptômes d'une manière prédominante. Toute une série de médicaments administrés à l'intérieur provoque des éruptions qui présentent les caractères cliniques des érythèmes et ont toutes les formes morphologiques possibles, tous les degrés d'intensité : papules, urticaire, vésicules, bulles, pétéchies, etc., à côté des variétés érythémateuses typiques, exanthèmes médicamenteux. Il y a cependant des formes qui correspondent plus fréquemment à certains médicaments, telles sont celles dues à l'antipyrine, à la quinine, etc.

L'exanthème du premier se rapproche en général de celui de la rougeole, celui de la quinine est plutôt scarlatiniforme. Il n'est pas rare qu'un exanthème médicamenteux ait une seconde poussée avant la disparition complète de la première. Cela peut amener la mort dans un organisme infantile qui ne supporte pas sans danger une deuxième perte totale de l'épiderme (perte d'albumine et abaissement de température). Si donc un enfant a présenté déjà de la disposition à un exanthème médicamenteux, il faut être très réservé pour lui donner de nouveau un médicament pouvant en provoquer un semblable. L'exanthème récidivant paraît provenir d'une auto-infection.

Ceci amène Kaposi à rappeler qu'il y a des érythèmes restant localisés ou devenant généralisés qui sont dus à une auto-infection évidente, par des exsudats de foyers purulents ouverts dans l'organisme, tels que des foyers rétro-utérins, par des exsudats pleurétiques dont il a vu ici plusieurs exemples et en dernier lieu un cas à Paris.

Il ne peut dire quelle est la cause spéciale de l'érythème généralisé du malade présenté par Neumann.

M. Mracek a observé chez une malade de l'œdème des paupières et un érythème, qui envahit tout le corps, sans fièvre et avec desquamation consécutive; comme cause on trouva une blennorrhagie. Cette malade eut plus tard une récidive de la même affection.

M. Kaposi rappelle que ces érythèmes dans les maladies des organes génitaux, notamment dans la blennorrhagie, ont été décrits par Lewin; il a lui-même observé des cas de ce genre.

M. Finger signale les érythèmes dans les pneumonies comme d'un fâcheux pronostic. Il exprime en outre l'opinion que des streptocoques ainsi que des ptomaïnes peuvent être la cause de l'érythème.

M. v. Hebra rappelle que beaucoup de substances peuvent occasionner les mêmes formes d'érythèmes et d'autres semblables, ou au contraire des formes différentes. Il voudrait voir employer pour cette affection le terme d'érythranthèmes créé par Auspitz, tout en avouant qu'il ne contribuerait pas à éclairer la question.

M. Ehrmann a observé des érythèmes dans le rétrécissement de l'estomac et dans deux carcinomes utérins.

Xérodermie pigmentaire.

M. Kaposi présente ensuite deux cas de xérodermie pigmentaire. Le premier concerne un homme de vingt-cinq ans, qui est déjà affecté de carcinomatose multiple de la face. En dehors de la face, des bras et des mains, ce malade présente sur tout le tronc et les fesses des éphélides disséminées en grand nombre et des taches lenticulaires plus foncées. Il a un frère qui aurait des pigmentations.

Le deuxième cas concerne une jeune fille de quatorze ans ayant cette affection depuis l'âge de deux ans. On pourrait croire qu'il s'agit d'un eczéma, mais la présence de dépressions plates — cicatrices atrophiques — blanc brillant au centre dans l'aire, en partie rouges et en desquamation en partie traversées par des téléangiectasies, révèle la nature de la maladie.

Ces atrophies si nettes caractérisent précisément la xérodermie pigmentaire. C'est en effet dans le processus atrophique que Kaposi a vu à l'origine le caractère de cette affection, lorsqu'il en a fait une espèce particulière, tandis que les téléangiectasies et les productions carcinomateuses dépendent de ce phénomène secondaire.

M. Kaposi voudrait que le nom de xérodermie pigmentaire fût conservé et non remplacé par d'autres qui portent atteinte au droit du premier observateur, sans valoir mieux.

A. Doyon.

SÉANCE DU 30 AVRIL 1890. — PRÉSIDENCE DE M. KAPOSI

Pityriasis rubra pilaire ou lichen ruber acuminé.

M. Hebra présente un garçon de quatre ans qui serait malade depuis deux semaines. Ce cas est intéressant en ce qu'il est propre à montrer si le pityriasis rubra pilaire de Devergie et le lichen ruber acuminé et le lichen ruber plan (Hebra regarde les deux derniers comme des formes diverses d'un seul et même processus pathologique) sont des affections identiques ou différentes. Hebra se range à cette dernière opinion. Dans le cas actuel, la plupart des efflorescences papuliformes sont pâles, et un très petit nombre, de date assez ancienne, sont un peu rouges. La disposition des efflorescences correspond aux follicules pileux ; elles sont situées sur la face d'extension des membres. Tandis que de nombreuses papules, avec desquamation légère, se trouvent sur les parties latérales du front, le milieu du front, et notamment l'espace intersourcilier, n'en contient pas. Sur la nuque il existe un point plus fortement affecté avec papules confluentes et desquamation considérable psoriasiforme. La peau des paupières est également le siège d'une légère rougeur et de desquamation, tendance à l'ectropion des paupières inférieures. La paume des mains est légèrement fendillée, un peu rouge, squameuse. Rien aux ongles, la plante des pieds est brun rouge uniforme, épaissie. Sur le cuir chevelu, squamules tantôt isolées, légèrement adhérentes, de la dimension d'une tête d'épingle, tantôt réunies en une masse squameuse continue sans desquamation. A peine quelques démangeaisons ; l'état général n'est pas atteint. Chaque efflorescence montre que l'on a affaire à une épidermidose. Dans le pityriasis rubra pilaire il y a desquamation dès le début. Dans le lichen ruber (Hebra) les papules proviennent du derme, les symptômes inflammatoires occupent le premier rang, la desquamation ne survient que longtemps après leur apparition et celle des papules de lichen qui sont lisses et brillantes pendant leur développement. On peut enlever par le grattage, sans provoquer d'hémorrhagie, les efflorescences du pityriasis rubra pilaire : il n'en est pas de même des papules du lichen ruber.

La confusion des deux maladies n'est pas de date récente. Hebra se rappelle le dessin d'un cas traité à la clinique, il y a vingt ans environ, que son père regardait comme un lichen ruber, mais qui, d'après Hebra junior, serait un cas de pityriasis rubra pilaire de Devergie.

M. Neumann dit qu'il s'agit bien d'un lichen ruber de Hebra ou lichen ruber acuminé de Kaposi ; en effet, la formation des papules, les squames stratifiées, leur éclat nacré, la délimitation des grandes surfaces squameuses par des papules sont caractéristiques du lichen ruber acuminé. Le prurit n'est pas un symptôme constant. L'origine épidermique des papules sur laquelle insistent d'une façon spéciale les partisans du pityriasis rubra pilaire, s'observe parfois aussi dans le lichen ruber acuminé. Mais la lésion primaire est toujours la maladie du corps papillaire. Il ajoute que ni les moulages de Saint-Louis, ni la discussion du Congrès de Paris n'ont pu le convaincre de l'existence du pityriasis rubra. Il s'en tient, après comme avant, au diagnostic du lichen ruber de Hebra.

M. Kaposi laisse pour le moment de côté le lichen ruber plan, puisque l'on n'est pas non plus d'accord en ce qui concerne sa dépendance du lichen ruber. Quant au lichen rubra pilaire, on ne devrait pas oublier que certaines variétés d'eczéma et des formes aiguës d'ichthyose jouent ici un rôle. La teinte plus pâle ou plus rouge des efflorescences n'a pas une grande importance. Dans le cas actuel, il y a également de nombreuses papules rouges.

La desquamation n'est pas non plus un symptôme différentiel suffisant, parce qu'une seule et même dermatonose provoque chez des sujets différents une production plus ou moins abondante de squames. Il en est de même du prurit, le lichen ruber acuminé et le lichen plan déterminent chez diverses personnes tantôt des démangeaisons atroces, tantôt aucunes.

Relativement à l'affirmation que, dans le pityriasis rubra pilaire, il s'agit d'épidermidose et dans le lichen ruber d'une maladie papillaire, Kaposi conteste que l'on puisse constater cliniquement d'une manière générale une différence de ce genre et dit que, au contraire, dans le psoriasis et dans d'autres soi-disant épidermidoses, les papilles et les vaisseaux sont d'abord affectés et que c'est seulement plus tard que survient la production en masses de l'épiderme.

L'orateur insiste sur ce fait que, d'après les moulages et les dessins histologiques qu'il a vus à Paris, il est convaincu que le pityriasis rubra pilaire et le lichen ruber (Hebra) ne peuvent pas être différenciés et qu'il regardera les deux processus comme identiques tant qu'il n'aura pas vu un malade lui prouvant le contraire. Aujourd'hui, il a observé le second malade que les partisans de la doctrine de la nature spéciale du pityriasis rubra pilaire donnent comme le spécimen de cette maladie et il déclare de nouveau catégoriquement qu'il tient les deux affections pour absolument identiques, et le cas actuel pour un lichen ruber de Hebra. Les dessins et les descriptions que l'on a donnés du pityriasis rubra pilaire et du lichen ruber de Hebra coïncident tout à fait et par suite toute la question est de savoir si l'on veut substituer un nouveau nom à celui choisi par Hebra et employé depuis près de quarante ans.

M. Schiff dit que certaines formes d'eczéma chez les enfants, accompagnées d'une formation abondante d'épiderme, peuvent offrir des phénomènes analogues à ceux de quelques petits foyers morbides que l'on observe chez ce malade.

M. Hebra maintient son avis antérieur. Pour apprécier le cas scientifiquement et l'élucider, on traitera l'enfant par une pommade de résorcine et d'acide salicylique et on n'administrera aucun remède interne.

Gomme gangreneuse du cuir chevelu.

M. Grünfeld présente un homme de trente-deux ans avec une gomme gangreneuse du cuir chevelu et destruction du périoste. La maladie a eu une marche rapide. La syphilis a été contractée en mars 1889, le malade fit 140 frictions et déjà en novembre 1889 la gomme se développa.

Pemphigus végétant.

M. Kaposi montre les dessins d'un cas de pemphigus végétant qu'il a observé il y a plusieurs années. Ces dessins représentent des lésions de la peau d'un malade qui a été traité deux fois à la clinique. Entre la première et la deuxième éruption de pemphigus il y a eu un intervalle de huit ans. Au début l'affection fut prise pour de la syphilis. Les parties atteintes étaient recouvertes de croûtes et il se formait de nouvelles vésicules sur les bords ; guérison au centre et progression à la périphérie. En quelques points dépouillés d'épiderme, il se développa de nombreuses végétations papillaires. Ce malade succomba lors de sa deuxième éruption. Neumann a le premier décrit cette forme de pemphigus.

M. Kaposi présente une femme de trente-quatre ans qui se trouve actuellement dans son service et qui est atteinte de la même affection. Elle est entrée en mars 1890, se plaignant de vives douleurs dans la bouche, notamment à la langue ; la maladie a commencé là par des aphtes ; deux filles de sa famille avaient des lésions analogues, guéries actuellement; chez elle, elles persistent. Au bout de quelques semaines il se produisit aux parties génitales des efflorescences nodulaires assez semblables à des papules. Puis survinrent quelques plaques d'urticaire et sur celles-ci des bulles, aux parties génitales, sur la partie inférieure de l'abdomen, autour du nombril et sur le tiers supérieur des cuisses. Des bulles semblables apparurent aussi aux creux des aisselles, sur la muqueuse buccale et pharyngienne. Une éruption générale de pemphigus ne tarda pas à se produire accompagnée de fièvre intense. Dans le creux axillaire, sur le derme mis à nu, il se développa des proliférations brun foncé, frambœsiformes, saillantes d'un demi-centimètre, molles, légèrement saignantes. Dans leur voisinage immédiat grosses bulles disséminées. État général mauvais. Comme dans tous les cas de pemphigus végétant, le pronostic est très défavorable.

M. Hebra fait remarquer que le pemphigus végétant n'est pas une forme spéciale de pemphigus, des végétations surviennent aussi dans diverses variétés de pemphigus. La confusion avec la syphilis est facile quand la maladie existe sur les parties génitales. Parmi les cas que l'on range aujourd'hui sous le nom de pemphigus, il en est certainement qui ressortissent à la dermatite herpétiforme de Duhring.

Lupus développé sur des cicatrices de zona.

M. Kaposi présente un homme de trente-sept ans, atteint de lupus vulgaire qui se serait développé seulement, il y a deux ans, sur les cicatrices d'un herpès zoster gangreneux. Il est rare, en effet, qu'un lupus se développe à cet âge. Sur le cuir chevelu, cicatrices existant depuis l'enfance, peut-être d'un lupus guéri, dont les lésions actuelles ne seraient qu'une récidive.

Xérodermie pigmentaire.

M. Kaposi présente une femme de soixante-quatre ans atteinte de xérodermie pigmentaire. C'est le sujet le plus âgé, chez lequel on ait jusqu'à présent observé cette affection. Le nez est détruit par le carcinome. Actuel-

lement, carcinome épithélial, datant de dix-huit mois, sur la face d'extension du côté gauche du nez. Kaposi n'a encore jamais vu en ce point de carcinome dans la xérodermie.

Xanthome.

M. Neumann présente un homme de vingt-neuf ans qui, du 12 septembre jusqu'au 9 octobre 1888, avait fait vingt-sept frictions pour une syphilide maculo-papuleuse et qui a actuellement un xanthome aigu. Depuis lors, dix-neuf mois se sont écoulés. Ce cas est intéressant par le développement subaigu, la teinte jaune paille des efflorescences, le rapport avec un léger ictère ; enfin, dans l'espace de trois semaines, les papules devinrent les unes plus petites, les autres disparurent.

M. Neumann annonce que le malade atteint d'érythème toxique est guéri ; il montre, en outre, un cas intéressant de syphilis en connexion avec un nævus pilex.

SÉANCE DU 4 MAI 1890. — PRÉSIDENCE DE M. KAPOSI

Lichen plan. Érythème multiforme.

M. Hebra présente une femme atteinte de lichen plan. Un second cas concerne un homme affecté d'érythème multiforme (herpès iris), cas qui offre quelques difficultés pour le diagnostic différentiel d'avec la syphilis, en raison des lésions très accusées de la paume des mains. Mais l'orateur signale le rapide développement et le grand nombre des efflorescences ; les bulles sont réunies en groupe sur la face palmaire.

Herpès iris et circiné.

M. Kaposi présente un garçon atteint aussi depuis quelques jours d'un herpès iris et circiné. Les bulles ont le volume d'une noisette et la surface d'extension des membres, la paume des mains et la plante des pieds ainsi que la muqueuse buccale sont envahies par des bulles caractéristiques.

M. Hebra dit que l'enfant qu'il a présenté dans la précédente séance est bien selon lui atteint de pityriasis rubra pilaire, car sans l'intervention d'aucun remède une partie des phénomènes a disparu, notamment au front, sur les membres et à la paume des mains.

Syphilis héréditaire.

M. Ehrmann montre un enfant de quelques mois affecté de syphilis héréditaire. Le père a été traité de la syphilis en 1885 ; la mère a avorté deux fois. Sa troisième grossesse a été normale, mais l'enfant est atteint d'une syphilide squameuse ; de plus, abcès du membre supérieur droit.

M. Ullmann a vu dans le service du prof. Lang un cas semblable avec plusieurs foyers abcédés.

M. Hochsinger croit que l'inflammation se terminant par abcès est un fait accidentel dû non à la syphilis, mais à une infection. Il montre un enfant chez lequel il a diagnostiqué une sclérose préputiale qui serait surve-

nue après l'opération du phimosis. D'ailleurs pas de symptômes spécifiques.

Dr SCHIFF et Prof. KAPOSI pensent qu'il ne s'agit pas de sclérose et ce cas rappelle au dernier orateur le cas de tuberculose après la circoncision.

Pemphigus nerveux.

M. KAPOSI présente un cas de pemphigus nerveux, chez une jeune fille de 22 ans. Vers le milieu de janvier 1890, à la suite d'une blessure dans le sillon unguéal avec un clou rouillé, il survint sur la face dorsale de la dernière phalange une bulle du volume d'une noisette. A des intervalles de deux à trois jours des bulles de différentes grosseurs et de même nature apparurent le long de la face dorsale : du médius, de la main, de l'avant-bras et du bras, puis sur le cou, l'épaule, la joue, l'aisselle du côté droit, le thorax, l'avant-bras et la jambe du côté gauche. Du 1er février au 21 mars, pas de nouvelles éruptions. Ce jour-là, après, dit-on, une piqûre d'aiguille dans la matrice unguéale de l'index gauche il se forma une bulle de la grosseur d'un haricot sur la face dorsale de ce doigt. A un ou deux jours d'intervalle, poussées successives sur la première phalange, l'avant-bras et la jambe du côté gauche. Du 11 mars au 13 avril, pas d'éruption; puis à partir de ce jour, poussées sur le côté gauche du cou, la lèvre supérieure, la tempe droite, le bras gauche. Du 23 avril au 4 mai, pas de nouvelles éruptions; à partir de ce jour, apparition de bulles sur différentes régions, dont quelques-unes sont encore visibles actuellement. Pas de lymphangite, ce qui éloigne toute idée d'infection par la blessure; selon l'orateur, il s'agit d'une névrite consécutive à une piqûre, bien que la marche ultérieure des éruptions ne correspondait pas aux nerfs lésés. Le processus, ayant son point de départ dans l'irritation périphérique, s'est propagé au système nerveux central, aux centres vaso-moteurs. Les cas connus comme celui de Doutrelepont et autres déterminèrent la gangrène dite spontanée, analogue à la gangrène des hystériques. Il y a une certaine analogie entre ce cas et celui qu'il a décrit comme herpès zoster gangreneux, bien qu'ici les vésicules ne soient pas groupées.

M. HEBRA est d'avis que dans les pemphigus graves on a affaire à une infection et que par conséquent un traitement antiseptique est nécessaire.

M. LUKASIEWICZ a examiné dans ce cas le contenu des bulles : pas de micro-organismes, même dans les bulles existant depuis plusieurs jours. Les cultures sont restées stériles.

M. EHRMANN cite un cas où, à la suite de la carie d'une dent, il se produisit une éruption bulleuse dans la sphère du trijumeau du même côté et plus tard sur l'autre côté.

M. RIEHL, dans aucune des nombreuses autopsies de pemphigus qu'il a faites, n'a trouvé des signes de sepsie. Ce cas de pemphigus nerveux lui rappelle les éruptions bulleuses artificielles qui ont été décrites par Lang.

Nævi pigmentaire et verruqueux.

M. KAPOSI présente ensuite un jeune homme atteint de nævi pigmentaire et verruqueux siégeant sur les deux mains, principalement sur les doigts, sous forme de petits points disposés en séries linéaires, de la gros-

seur d'un grain de millet, rouge bleu, légèrement saillants, pâlissant, mais ne disparaissant pas à la pression. Sur les orteils, productions analogues, plus volumineuses et verruciformes. Comme traitement, l'électrolyse est indiquée.

Acné téléangiectode.

M. Kaposi présente encore un cas remarquable d'acné téléangiectode chez un homme de 48 ans, laquelle remonterait à quatre semaines. Sur le front, les joues, les paupières inférieures, les parties velues de la face, on observe de nombreuses papules, les unes plates, les autres saillantes groupées ou disséminées, du volume d'un grain de plomb à celui d'un pois, de consistance un peu succulente. Quelques-unes sont en desquamation, d'autres portent des pustules ou des croûtelles. Elles pâlissent sous la pression du doigt. Cette éruption s'est développée d'une manière aiguë.

On peut très facilement énucléer avec la curette les papules anciennes; Kaposi a pu constater leur mollesse et leur vascularisation et en même temps une néoplasie formelle; le Dr Lukasiewicz y a trouvé aussi un tissu de granulation avec cellules géantes et cellules épithélioïdes disposées en papules. Kaposi voudrait en faire une variété sous le nom d'acné téléangiectode.

Fibres dans l'épiderme de condylomes acuminés.

M. Ehrmann prend ensuite la parole à propos des fibres trouvées par Herxheimer à l'aide de la méthode de Weigert dans l'épiderme de condylomes acuminés de l'épithélium de la langue dans le sarcome et dans la peau normale. L'orateur les a colorées dans le prépuce d'un nègre qu'il a circoncis il y a trois ans pour un phimosis. Il a reconnu qu'elles sont des parties non pigmentées des prolongements cellulaires dans lesquels passe le pigment comme les granulations dans le protaplasma chez les rhizopodes. On sait que Æby, Riehl, Karg, Ehrmann, Kölliker, etc., ont démontré que le pigment est entraîné par des cellules amiboïdes. Le dernier auteur a montré par des transplantations de peau de nègre sur des blancs et inversement, que le pigment de la peau du nègre transplantée est emporté et, inversement, que le pigment est amené dans la peau blanche transplantée sur le nègre par ces cellules et qu'il est même porté dans l'épiderme, comme l'orateur l'a montré précédemment. Ehrmann fait voir des fibres de ce genre, qui sont les unes colorées complètement en violet, les autres seulement dans leur partie supérieure, tandis qu'en dessous elles contiennent du pigment et sont reliées à leur base à des cellules de pigment. Un grand nombre d'entre elles se terminent en haut par un corpuscule de pigment.

SÉANCE DU 28 MAI 1890. — PRÉSIDENCE DE M. KAPOSI

Plaques muqueuses.

M. Grünefeld présente un syphilitique atteint de plaques muqueuses à l'anus et qui a des lésions de même nature sur la surface inférieure d'une

tumeur caverneuse située à 5 centimètres au-dessous de l'angle scapulaire gauche.

Pityriasis rubra pilaire.

M. Hebra représente le petit malade atteint de pityriasis rubra pilaire et qu'il a traité avec une pommade à la résorcine. Les symptômes ont cédé au traitement local. Il ne reste qu'une légère rougeur avec furfuration épidermique à la paume des mains et à la plante des pieds.

M. Kaposi dit que, après comme avant, il regarde toujours ce cas comme un lichen ruber acuminé. Il s'agissait d'un cas très aigu, il n'y a pas encore de guérison, la peau reste épaisse et sillonnée surtout à la nuque.

M. Lang a vu cet enfant il y a trois semaines ; selon lui, il ne s'agit pas d'un lichen ruber de Hebra; puisque la maladie décrite sous le nom de pityriasis rubra pilaire atteint les follicules sébacés et pilaires, il proposerait pour ce cas et les cas analogues le nom de lichen folliculaire.

M. Schiff demande si le lichen ruber de Hebra s'améliore aussi par un traitement purement local.

M. Kaposi. — Il est certain que des cas diagnostiqués comme pityriasis rubra pilaire et le lichen ruber acuminé se ressemblent beaucoup, sans cela tout le monde serait d'accord. Il n'est pas impossible que certains cas aient une marche plus aiguë et par suite rétrocèdent plus tôt. Dans le lichen ruber acuminé typique, il en est ainsi dans certaines régions où les symptômes s'accompagnent de phénomènes inflammatoires aigus. Dans le cas actuel, la maladie n'est nullement terminée : une observation ultérieure est nécessaire pour trancher complètement la question. Parmi les cas publiés sous le nom de pityriasis rubra pilaire, un grand nombre ont persisté longtemps et n'ont cédé qu'à un traitement arsenical.

M. Lang soutient encore qu'on ne peut identifier le lichen ruber de Hebra et le pityriasis rubra pilaire.

M. Hebra. — Qu'il y ait des cas de pityriasis rubra pilaire dont la marche soit différente, cela ne prouve rien contre la séparation du lichen ruber de Hebra et du pityriasis rubra pilaire. Hebra a vu un cas analogue à celui-ci qui a entraîné l'ectropion de la paupière inférieure. Kaposi a désigné ce cas comme processus expoliatif.

M. Kaposi. — Ce cas a débuté par des phénomènes eczématiformes, mais il n'a rien de commun ni avec le lichen ruber acuminé ni avec le pityriasis rubra pilaire. Selon l'orateur, on ne peut pour le moment que le désigner sous le nom de dermatite exfoliatrice généralisée encore inexpliquée pour lui.

Kératose verruqueuse de la paume des mains.

M. Hebra présente une malade âgée de 27 ans atteinte d'épaississement verruciforme de la paume de la main avec nombreuses dépressions. Les doigts sont en baguettes de tambour, les ongles volumineux, la peau de la face épaissie avec follicules sébacés dilatés. Comme enfant, elle avait les mains rugueuses et transpirant abondamment. A partir de 24 ans, la paume des mains et la plante des pieds sont très rouges et très sensibles et il est survenu les callosités actuelles.

M. Schiff rappelle un cas d'hyperidrose avec épaississement des doigts et des orteils décrits par Unna.

M. Kaposi. — Le cas d'Unna était une ichthyose héréditaire. Le cas actuel de kératose verruqueuse de la paume des mains et de la plante des pieds fait partie d'une série de processus dont la forme actuelle constitue en quelque sorte le dernier terme.

Quant au processus qui amène cette kératose, c'est en général une hyperidrose de la paume des mains et de la plante des pieds, ou plus exactement un trouble vaso-moteur chez les anémiques, qui se traduit par un aspect rouge bleu, une sensation de froid et de moiteur au contact des mains et des pieds. Le plus souvent il survient à l'époque de la puberté, mais souvent aussi il est presque congénital, ou se manifeste dès l'enfance, ou dans un âge plus avancé. Ce trouble vaso-moteur, qui se traduit par une parésie persistante du district vasculaire le plus périphérique et atteint aussi les oreilles, le nez et la face, a d'abord pour conséquence, à la suite de la participation des vaisseaux péri-glandulaires, l'hypersécrétion de la sueur, de la perspiration ainsi que des glandes sébacées qui en même temps se dilatent et deviennent atoniques. Dans ce cas, on observe aussi une séborrhée huileuse excessive de la face, la dilatation des orifices glandulaires et des glandes elles-mêmes.

Puis, ultérieurement au trouble de la sécrétion s'ajoute un trouble trophique sous forme d'hyperplasie épidermique et on a alors le tylosis, qui se produit tantôt d'une manière diffuse, tantôt sous forme de callosités localisées, de plaques et de cors comme dans le cas actuel.

M. Hebra trouve que l'explication de Kaposi s'applique aussi à son malade, chez lequel l'hyperidrose et les doigts en baguettes de tambour existaient en effet longtemps avant les productions calleuses.

M. Lang a observé des épaississements et des proliférations coniformes à l'extrémité des doigts au cours de manifestations neurasthéniques.

M. C. Heitzmann dit que chaque année, en Amérique, on rencontre deux ou trois cas de ce genre.

M. Horovitz a vu un homme atteint d'hyperidrose dont la paume des mains lui paraissait enduite de graisse. Sur la paume des deux mains on constatait un épaississement uniforme de l'épiderme.

M. Paschkis a vu dans un cas, au début de la ménopause, une hyperidrose avec épaississement de la peau sur la face radiale des deux index.

Cas de cryptorchisme.

M. Schiff présente un garçon avec cryptorchisme complet.

Éléphantiasis consécutif à un lupus.

M. Kaposi présente un cas d'éléphantiasis énorme de la jambe gauche, consécutif à un lupus. On observe aussi assez fréquemment l'éléphantiasis des Arabes à la suite du lupus au membre supérieur.

Éléphantiasis verruqueux.

Kaposi montre ensuite un éléphantiasis verruqueux du dos et de la

main après un lupus vulgaire, qui, en raison de cette localisation limitée et de son volume, constitue un cas rare.

Lang pense qu'il serait possible que le lupus soit la cause occasionnelle pour l'immigration de micro-organismes qui déterminent l'épaississement. Finger a constaté quelque chose d'analogue pour l'œdème induré qui se produit au voisinage des affections syphilitiques initiales.

Fabrication des savons.

M. Paschkis rappelle brièvement les réactions chimiques de la fabrication des savons. Des savons purs ne devraient contenir ni alcali ni glycérine : en réalité, il n'en est pas ainsi. On entend en général, par savon sans alcali, un savon ne contenant pas d'alcali caustique. Les savons qui ne sont pas tout à fait frais n'en renferment qu'exceptionnellement, mais ils contiennent un carbonate alcalin qui peut être nuisible déjà pour la toilette, en privant la peau de sa graisse, en relâchant et détachant l'épiderme. On ne peut reconnaître la présence de cet alcali ni à la saveur, ni à la réaction du tournesol; il faut faire dissoudre dans l'eau une quantité déterminée de savon, précipiter par du sel pur et titrer le précipité recueilli sur un filtre avec une solution acide de teneur connue. Le meilleur moyen d'obtenir des savons avec excès de graisse est la lanoline qui, ajoutée à une certaine proportion de savon, constitue une base excellente de pommade.

SÉANCE DU 11 JUIN 1890. — PRÉSIDENCE DU PROFESSEUR KAPOSI

Ichthyose hystrix.

M. Kaposi présente un enfant de quatre ans issu d'une famille bien portante et atteint d'ichthyose hystrix. Il fait remarquer les saillies granuleuses atteignant jusqu'à un centimètre de hauteur, qui sont très nombreuses principalement sur les membres; elles sont disposées en traînées correspondant au trajet des nerfs.

L'orateur explique qu'on ne doit pas inférer de cet état que les nerfs de la peau ont quelque chose à faire avec cette formation (papillomes de la peau), mais attendu que la direction et la disposition des papilles sont exactement les mêmes, la production verruqueuse consiste précisément dans la croissance, c'est-à-dire dans l'hypertrophie des papilles, de leurs anses vasculaires et du réseau, il faut considérer le tout comme un papillome, en réalité un papillome congénital généralisé.

M. Neumann présente le malade atteint d'érythème toxique qu'il a déjà mis sous les yeux de la Société. Actuellement les papules sont tout à fait typiques, principalement sur le dos des mains; elles ont la grosseur d'un grain de mil et reposent sur une base rouge. Les ongles sont aussi envahis. Ce cas en rappelle à Neumann un autre tout à fait semblable qu'il a observé en 1860 et il le regarde comme du lichen ruber acuminé. A Paris, on désignerait, selon lui, cette affection sous le nom de pityriasis rubra.

Lichen ruber plan.

M. Neumann montre un autre malade dont le diagnostic offre certaines

difficultés, d'autant qu'il a eu autrefois la syphilis et l'affection actuelle consiste en papules analogues à la syphilide papuleuse, mais leur caractère polygonal, leur volume qui est celui d'une tête d'épingle et au-dessus, leur conglomérat en forme de plaques, la desquamation ne laissent aucun doute sur le diagnostic.

M. v. Hebra considère le premier cas comme du pityriasis rubra pilaire. Il serait toutefois intéressant de rechercher si la première maladie qui peut représenter la période prodromique est la cause de l'affection ou si elle en est tout à fait indépendante.

M. Neumann. — Selon lui, le diagnostic de pityriasis rubra pilaire n'a pas de base solide. Il n'est pas douteux qu'il s'agit ici d'un lichen ruber acuminé. D'ailleurs Hebra a lui-même autrefois porté le diagnostic d'érythème toxique.

M. v. Hebra. — Les symptômes ont modifié son opinion, mais à présent il maintient son diagnostic.

M. Kaposi renvoie aux explications qu'il a faites sur cette affection à Paris et dans des séances antérieures, et soutient qu'il lui est impossible de distinguer ce cas d'autres cas de lichen ruber acuminé. Ce que nous désignons sous le nom de lichen ruber acuminé, les Français l'ont nommé pityriasis rubra pilaire et *vice versa*. Aujourd'hui Kaposi a vu un cas de lichen ruber acuminé avec infiltration furonculiforme chez un malade amené par un dermatologiste de Pesth; chez ce dernier malade, il y avait en même temps un lichen ruber acuminé et un lichen plan. Relativement au cas en question, l'observation ultérieure décidera.

Éléphantiasis de l'oreille.

M. v. Hebra. — Il s'agit d'un malade qui, à l'âge de sept ans, reçut un coup de fouet sur l'oreille droite. Quatre ans plus tard, il survint en ce point une tumeur que l'on fit tomber à l'aide d'une ligature. Depuis vingt ans, le fragment qui est resté n'a cessé de grossir; actuellement l'oreille forme une tumeur de 11 centimètres de longueur sur 7 de largeur.

Langue noire.

M. v. Hebra. — Le cas actuel concerne un homme à langue noire; la maladie existerait depuis deux ans. Il croit avec Brosin que la formation de la kérato-hyaline dans les couches profondes du réseau est la cause de cette affection. La coloration change à la suite de la chute des filaments cornés.

Dans la discussion, Kaposi signale l'analogie avec la teinte foncée consécutive de toutes les cellules cornées qui persistent longtemps, comme dans l'ichthyose.

Hémorrhagie de la face.

M. v. Hèbra présente encore un homme avec hémorraghies caractéristiques de la face. Elles sont disposées en traînées; on distingue parfaitement les vaisseaux téléangiectasiques remplis de caillots. L'orateur rapporte cet état à un trouble vaso-moteur.

Quant à l'enfant qu'il a présenté antérieurement comme atteint de pityriasis rubra pilaire, les symptômes ont disparu sous l'influence d'une pommade de résorcine et d'acide salicylique et de bains.

Folliculite avec hyperproduction épidermoïdale.

M. v. Hebra présente une femme de vingt-quatre ans bien portante jusqu'à présent. Elle a eu six grossesses. Sa maladie actuelle survint pendant sa première grossesse et disparut au bout de peu de temps. Actuellement elle a, au niveau des articulations, des cordons en forme de traînées avec croûtes adhérentes. Après la chute des croûtes, on voit des dépressions qui paraissent comme criblées de piqûres.

M. Kaposi regarde cette affection comme une folliculite avec hyperproduction épidermoïdale, la disposition des cordons est exceptionnelle.

M. Neumann. — D'après lui, ce cas est analogue à la psorospermie ; dans le favus, il a vu des folliculites semblables, développant des scutules

Lupus érythémateux aigu.

M. Kaposi présente une fille de seize ans atteinte d'un lupus érythémateux aigu. Quelques semaines auparavant, on la traitait à la clinique dermatologique pour un purpura hémorrhagique des jambes. Il y a quelques jours, l'affection actuelle a débuté brusquement. Sur la face, le front, le nez, grandes taches rouge livide. Sur les doigts et les orteils plaques rouge bleuâtre, squamiformes, semblables à des engelures. Sur les avant-bras, la poitrine et les lèvres, petites taches rouge rose. Les oreilles sont tuméfiées, rouges ; quelques points humides recouverts de croûtes gommeuses.

Le lupus érythémateux aigu, tel que le précédent orateur l'a décrit, est difficile à reconnaître, il n'en est pas de même s'il existe des plaques discoïdes. Chez cette malade, le diagnostic est facilité par les masses séborrhéiques du nez reposant sur une base rouge et pourvues à leur face inférieure de prolongements filiformes.

Emplâtres médicamenteux.

M. Lang montre des emplâtres sans résine et ne déterminant pas d'irritation : emplâtre composé d'oxyde de plomb 100, huile 180, additionné ou non de mercure 60 ; de la gaze préparée avec du mercure oxydulé ; un bassin en zinc d'une forme spéciale ; deux *Comedonenquetscher* de calibre différent, etc.

A. Doyon.

REVUE DES PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Alopécies. — A. Fournier. Des alopécies (*Union médicale*, nos 140, 143, 147, pp. 760, 793, 841, 1890).

L'auteur divise les alopécies en deux classes : les alopécies avec lésions et celles sans lésions appréciables. Les premières reconnaissent pour causes : les ulcérations du cuir chevelu (traumatiques, scrofuleuses, syphilitiques, cancroïdales), les dermatoses (érysipèle, coup de soleil, eczéma, impétigo, acné, sclérodermie, séborrhée), les maladies parasitaires (teigne faveuse et tondante), les lésions sous-jacentes au cuir chevelu (grosses loupes). Les alopécies sans lésions apparentes sont divisées en cinq espèces : les alopécies séniles précoces ou non, celles de la convalescence des maladies graves, l'alopécie cachectique, l'alopécie syphilitique, la pelade.

Le professeur Fournier trace rapidement le tableau de ces variétés d'alopécies dont le diagnostic est, en général, facile, puis il étudie en détail l'alopécie syphilitique. Celle-ci n'est pas fatale ; bien qu'elle soit un symptôme fréquent à des degrés divers ; elle est réparable ; toutes les formes de syphilis peuvent la produire ; elle apparaît du troisième au sixième mois en même temps que les syphilides pustulo-crustacées, acnéiformes. Quand il n'existe pas de lésions apparentes, on trouve une prolifération au sein du bulbe pileux, le cheveu est réduit de volume, sa tige est effilée, il est atrophié. L'alopécie peut être légère, moyenne ou totale ; la barbe, les moustaches, les sourcils peuvent être frappés par elle ; elle présente deux caractères majeurs ; elle n'est pas systématisée et elle se produit d'une façon asymétrique. Quelle qu'elle soit, elle est temporaire et curable par le traitement mercuriel seul. L. Perrin.

Lupus. — Morel-Lavallée. Traitement du lupus vulgaire par les injections sous-cutanées à distance (*Bulletin médical*, n° 99, 1890).

M. Morel-Lavallée rappelle qu'il y a trois ans, à l'hôpital Saint-Louis, il a expérimenté dans le traitement du lupus tuberculeux les injections à distance d'une solution d'iodoforme. Pour les lupus des mains, il faisait les injections soit à la racine du membre, soit à la fesse ; pour les lupus de la face, entre les omoplates ou aux fesses. — La substance médicamenteuse qu'il employait était une solution d'huile de vaseline iodoformée à 1 p. 100 ; il en injectait 2 grammes par jour. Son action locale sur le tissu lupeux, visible parfois au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, était accentuée et parfois intense après cinq à six jours. Cette action était nettement élective comme l'est du reste celle de l'iodure de potassium sur les

syphilomes tertiaires. Ce traitement imprimait au lupus une modification essentiellement décongestive et tendait à le faire évoluer vers l'organisation fibreuse, son mode normal de guérison; il ne le considérait d'ailleurs que comme un palliatif, comme un adjuvant puissant au traitement chirurgical qu'il devait précéder et préparer. L. PERRIN.

Rubéole. — L. GALLIARD. Quelques cas de rubéole (*France médicale*, n° 47, 1890, p. 742).

L'auteur a observé plusieurs cas de rubéole pendant les mois de mars et avril 1890, chez des enfants, parmi lesquels plusieurs fréquentaient les écoles. L'incubation de la maladie serait d'une dizaine de jours en moyenne; jamais de prodromes; un enfant qui s'est couché bien portant se réveille avec un érythème et une tuméfaction de la face, des ganglions sous-maxillaires; parfois il y a de la rougeur de l'isthme du gosier, du catarrhe conjonctival et nasal. Pas de fièvre, la température ne s'élève pas au-dessus de 38°. Dès le premier jour, l'éruption envahit le cou, la partie supérieure du tronc, une partie des membres supérieurs; le second jour, elle se généralise, prédominant à l'aine, au pli du coude, à la face interne des cuisses. Il n'y a pas la rougeur diffuse de la scarlatine, mais plutôt un fin piqueté rouge, se détachant sur un fond rosé. En certains points, l'analogie avec l'éruption morbilleuse est frappante. Le troisième jour, pâleur et disparition de l'éruption; le quatrième, la peau reprend son aspect normal, il n'y a pas de desquamation. La tuméfaction ganglionnaire prédomine au cou à l'angle des mâchoires, à la nuque; elle existe aussi aux aisselles et aux aines. L. PERRIN.

Sclérodermie. — E. BESNIER. Sclérodermie en plaques (*Journal de méd. et de chir. pratiques*, p. 495, 1890).

A propos d'une malade atteinte de morphée, l'auteur passe en revue les quatre variétés de sclérodermie : 1° la plus anciennement connue, celle décrite par Alibert, sous le nom de sclérémie, elle ressemble à l'œdème; après un refroidissement, toute une partie du corps s'indure et la peau de certaines régions prend l'aspect qu'elle aurait si elle était congelée; 2° la plus connue, la sclérodactylie progressive qui, débutant par les extrémités, s'étend peu à peu sur les parties envahies; 3° entre ces deux variétés, la sclérodermie localisée sous forme de bandes, disposée le long des ramifications nerveuses, déterminant la rétraction de la peau et ressemblant à la morphée, mais s'en distinguant par sa forme longitudinale, par la rétraction et l'absence de l'anneau lilas si caractéristique; 4° la morphée remarquable par l'aspect de plaques lardacées, enchâssées dans la peau et entourées de l'anneau coloré, mais aussi par sa bénignité, car elle guérit toujours spontanément, sans laisser de cicatrices après avoir duré de un à trois ans, exceptionnellement vingt ans. Ces plaques de dimension variable peuvent être multiples et occupent principalement le tronc. L'électrolyse a l'inconvénient de déterminer des cicatrices.

L. PERRIN.

Urticaire hémorrhagique. — J. Azua. Urticaria hemorragica (*Revista de los hospitales*, 1890, p. 44).

Les hémorrhagies cutanées, accompagnées d'élevures et de démangeaisons, ont été interprétées diversement, soit dans le sens d'un purpura hémorrhagique urticant, soit dans celui d'une urticaire hémorrhagique, suivant que prédominaient, par leur intensité ou leur ordre d'apparition, les symptômes de purpura ou d'urticaire. Le fait suivant est un exemple d'urticaire. Il s'agit d'une femme de 38 ans, fortement débilitée et atteinte de métrorrhagies abondantes, liées à une métrite fongueuse. En 1884, elle ressentit un jour de violentes démangeaisons aux jambes, où elle remarqua un certain nombre d'élevures d'un rouge sombre sur les bords et d'un rouge plus clair au centre. L'éruption était apparue un jour que la malade avait été exposée à un grand froid, à l'air libre. De retour chez elle, elle vit disparaître rapidement les saillies, qui furent suivies de taches d'un rouge obscur, puis qui disparurent après avoir passé par des teintes différentes. C'étaient, en un mot, les taches qui succèdent aux hémorrhagies de la peau. Depuis lors, ces phénomènes se sont reproduits avec les mêmes caractères, de façon à envahir les membres inférieurs, puis les supérieurs, la face, le cou, la partie supérieure du thorax, en somme les parties les moins couvertes. Rarement l'éruption a occupé le ventre, la ceinture, la partie inférieure du tronc. L'aspect hémorrhagique a persisté, toujours avec les mêmes caractères. Les élevures se sont toujours produites sous l'influence du froid, et elles ont constamment disparu par la chaleur. Pour la malade, il y a ce qu'on peut appeler le coup de froid passager et le froid de la saison : le premier détermine une éruption, quelle que soit la saison; le second produit avec la plus grande facilité une série d'éruptions intenses et étendues. La chaleur agit en sens inverse; celle de la saison met à l'abri des récidives et celle d'un foyer fait disparaître l'éruption. Par suite, l'état de la malade a été d'autant plus mauvais que le climat du pays qu'elle habitait était plus inclément et que les saisons étaient plus rigoureuses. Outre ces éruptions d'urticaire, la malade a quelquefois ressenti des douleurs dans les membres inférieurs. Elle se présente au docteur Azua avec de nombreuses taches purpuriques. Après quelques jours d'observations par un froid du mois de mars, survint une éruption avec les caractères ordinaires et qui dura une quinzaine de jours, en comprenant dans ce laps de temps la disparition des macules. Les phénomènes douloureux étaient assez prononcés. Cette malade était, en résumé, atteinte d'une urticaire chronique et, de plus, hémorrhagique. Celle-ci se serait développée sous l'influence d'un mauvais état général, conséquence de misère et d'une affection hémorrhagique : sa cause immédiate d'apparition est le froid, et c'est là un des caractères les plus importants du tableau. L'auteur s'étend ensuite sur cette cause occasionnelle de l'urticaire : le froid. Il rappelle l'observation présentée par Blachez à la Société des hôpitaux; puis il discute l'influence des mauvais états généraux sur la détermination hémorrhagique de lésions qui, en d'autres circonstances, ne dépasseraient pas la congestion.

Paul Raymond.

REVUE DES LIVRES

Pathologie et traitement des maladies de la peau. (*Leçons à l'usage des praticiens et des étudiants,* par le professeur Moriz Kaposi. Traduction avec notes et additions, par MM. Ernest Besnier et Adrien Doyon. Seconde édition française avec figures noires et en couleurs, 2 vol. in-8°. Paris, 1891. G. Masson, éditeur).

Cette œuvre remarquable, dont la publication était impatiemment attendue, répond aux espérances des dermatologistes. Le succès considérable de la première édition sera certainement dépassé par ce livre, qui est le résumé le plus complet et le plus parfait de l'état actuel de la science en dermatologie.

Déjà, dans la première édition française, parue en 1881, les éminents traducteurs des leçons du professeur Kaposi avaient fait faire un progrès considérable à nos connaissances en pathologie cutanée. Ils avaient donné une impulsion des plus vives à l'École de l'hôpital Saint-Louis, et l'enseignement de l'un d'eux a grandement contribué à former cette jeune génération de dermatologistes, dont notre École française a le droit de s'enorgueillir et dont les travaux, si justement appréciés, aident à maintenir notre nation aux premiers rangs du progrès scientifique.

En ces dernières années, la science a marché à pas rapides ; de nouvelles lumières viennent chaque jour éclairer les points les plus obscurs de la dermatologie, et nous sommes dans une période scientifique qui oblige à la revision de toutes les doctrines anciennes. Aussi n'y a-t-il pas lieu de s'étonner que bien des travaux importants aient déjà vu le jour depuis qu'a paru la dernière édition allemande des *Leçons* de Kaposi. L'édition française est au courant de toutes ces dernières publications. Elles y sont les unes exposées dans leurs parties essentielles, examinées dans leurs doctrines, les autres analysées, résumées ou citées. Des notes empreintes de cet esprit critique si sagace, qui est un des traits caractéristiques du talent de M. Ernest Besnier, ajoutent de précieux détails à la nosographie, à l'étiologie, à l'histologie pathologique, à la bactériologie, à la séméiologie, au diagnostic et à la thérapeutique.

Avec ces notes, des appendices qui font suite aux principaux articles et qui sont, pour la plupart, de remarquables et savantes monographies, viennent compléter l'œuvre du professeur de l'École de Vienne et remplissent au moins autant de pages que le texte clair, précis, facile à lire de la traduction française dans laquelle on retrouve toutes les qualités du savant traducteur et commentateur de Hebra.

C'est un traité complet de dermatologie annexé ou juxtaposé à un autre et si considérable que la *table alphabétique des matières contenues dans les notes et appendices*, imprimée à la suite de la table générale, ne contient pas moins de 22 pages sur deux colonnes.

Parmi les appendices les plus importants, nous signalerons : *Les érythèmes scarlatiniformes* (Erythrodermies exfoliantes érythémateuses de Besnier), *le pityriasis rubra pilaire ou folliculaire, la différenciation clinique du pityriasis rubra, les dermato-lymphangiomes, le pemphigus et les pemphigoïdes, la pelade et son traitement, le lupus érythémateux, le xanthome glycosurique, les myomes cutanés, le lupus et son traitement, la lèpre et sa prophylaxie.*

Il faudrait tout citer si l'on voulait signaler toutes les additions dans lesquelles on trouve reproduits les enseignements de l'hôpital Saint-Louis et les doctrines professées par l'un des traducteurs, l'un des maîtres les plus justement célèbres de notre École dermatologique française.

Faisant ressortir l'importance, au point de vue des progrès de la pathologie, de l'instruction des élèves et des besoins de la pratique générale, d'une œuvre conçue sur le plan qu'ils ont adopté, les traducteurs peuvent dire avec raison dans leur éloquente préface : « Il nous a été ainsi possible de faire sans cesse l'opposition entre les doctrines françaises ou de notre enseignement, aux doctrines et à l'enseignement de l'auteur, de restituer à la dermatologie française la part qui lui appartient, de développer les parties traitées incomplètement dans le texte courant ou d'exposer les sujets entièrement nouveaux. »

Les deux volumes de la traduction française contiennent non seulement toute la dermatologie de langue allemande dont le professeur Moriz Kaposi est l'un des maîtres les plus illustres, mais aussi toute la dermatologie française et le résumé de tous les travaux qui ont paru en ces dernières années en Amérique, en Angleterre, en Belgique, en Espagne, en Italie, en Russie, et dans toutes les autres Écoles étrangères. C'est un traité cosmopolite, un véritable monument de science internationale.

Les citations et les indications bibliographiques, très nombreuses et très complètes ont toutes été vérifiées sur les textes originaux et sont d'une exactitude absolue qui peut servir de modèle. C'est pour les dermatologistes un ouvrage de haute érudition, mais assez complet et assez descriptif pour être en même temps une œuvre de pratique qui sera bientôt entre les mains de tous les médecins. Ils y trouveront un guide sûr et expérimenté pour le diagnostic et le traitement des maladies de la peau.

Le traitement est étudié avec un soin minutieux, les indications en sont exposées avec la plus judicieuse précision et les moyens thérapeutiques nouveaux qui sont recommandés ont été soumis au contrôle de l'expérience et souvent perfectionnés par les auteurs.

La nouvelle édition française des *Leçons du professeur Kaposi sur la pathologie et le traitement des maladies de la peau*, avec les notes et additions de MM. Ernest Besnier et Doyon, est, sans contredit, l'œuvre la plus complète et la plus remarquable, tant au point de vue scientifique qu'au point de vue pratique, de la dermatologie contemporaine.

ÉMILE VIDAL.

Paul Bru. — **Histoire de Bicêtre**, 1 vol. in-4°, 480 pp. avec 22 planches ou figures. Paris, Bureaux du *Progrès médical* et Lecrosnier et Babé, 1890. — *L'ancien traitement des syphilitiques.*

Peu à peu les historiques de nos hôpitaux parisiens se complètent. Nous avons signalé l'année dernière comme pouvant intéresser nos lecteurs, l'histoire, malheureusement très écourtée, de l'hôpital de Lourcine.

En 1889, le Dr Émile Richard publiait un résumé déjà fort intéressant de l'*Histoire de l'hôpital de Bicêtre* (1), et voici que peu après paraissait sur le même sujet le très important et volumineux ouvrage de M. Paul Bru, envers lequel nous nous excusons d'être un peu en retard pour parler de son livre. Des historiques déjà parus, celui-ci est certainement le plus complet et en même temps le plus documenté en reproductions de gravures et de plans. Bicêtre y est étudié sous ses trois destinations d'hospice, d'asile et de prison, et l'on peut en suivre pas à pas l'intéressante histoire, depuis le jour où sur l'emplacement de l'ancien château de Winchester fut érigée, sous Louis XIII, une maison qui d'abord destinée à loger des soldats invalides, puis les enfants trouvés recueillis par Vincent de Paul, se transforma en un grand hospice dépendant de l'Hôpital général (1656), jusqu'à la période contemporaine, où Bicêtre, servant à la fois d'hospice pour les vieillards, de maison pour les aliénés et de refuge pour les idiots et les épileptiques, est devenu, après les beaux travaux qui ont été exécutés dans ces dernières années, un établissement hospitalier de premier ordre.

De cette longue histoire une partie surtout doit nous intéresser, c'est celle qui concerne le traitement des maladies vénériennes dont Bicêtre eut pour ainsi dire le monopole depuis les dernières années du XVIIe siècle jusqu'en 1792 : elle forme le chapitre IV du livre de M. Bru. L'on sait que l'Hôtel-Dieu se refusait à traiter les malades atteints de la syphilis : exception seulement était faite pour les femmes enceintes syphilitiques ; les autres malades, hommes et femmes, y étaient refusés et c'est pour leur donner asile et traitement que la maison de Bicêtre fut obligée, par ordonnance du Parlement en 1690, de recevoir et de soigner les syphilitiques.

Les hommes étaient logés à *Saint-Eustache* ou quartier des *gâtés*, les femmes à la *Miséricorde*.

Saint-Eustache se composait de cinq salles : une au rez-de-chaussée, la salle de bains contenant douze baignoires assez grandes pour recevoir quatre hommes chacune ; au premier étage la salle des remèdes avec vingt-six petits lits seuls ; au deuxième étage, à droite, la glacière, salle d'attente pour ceux qui devaient passer par les grands remèdes et où les malades, dans des lits très grands, couchaient six, huit, quelquefois dix ensemble, suivant les besoins du service ; au même étage, à gauche, l'infirmerie avec vingt-quatre petits lits seuls.

La Miséricorde se composait de neuf salles présentant des dispositions analogues à celles des salles des hommes.

Les malades étaient soignés par série chaque fois que les chirurgiens

(1) In-8°. Paris, Steinheil, 1889.

le voulaient ou le pouvaient, et ils attendaient ainsi des mois entiers, parfois toute une année, le moment du traitement. Toutes les huit semaines on procédait à l'appel de ceux qui devaient être compris dans le traitement : cinquante-deux hommes et cinquante femmes. La durée des soins était invariablement fixée à six semaines à la suite desquelles il était accordé quinze jours de convalescence. Guéris ou non, les malades devaient s'en aller.

Un règlement de 1781, cité par M. Bru, nous donne le détail de ce traitement qu'on peut qualifier de barbare.

« Le samedi, après l'appel, on saignait tous les admis ; le surlendemain on les purgeait et pendant les neuf jours suivants les élèves en chirurgie leur faisaient prendre des bains de deux heures de durée dans des énormes baignoires où quatre patients, à la fois, étaient obligés de se plonger. Une partie entrait dans les bains à trois heures du matin, y restait jusqu'à cinq heures, une autre de six à huit, la troisième de huit à dix. Le septième jour des bains, on conduisait à l'église les cinquante-deux hommes et le lendemain les cinquante femmes, pour y être confessés. Après avoir purgé leur âme, on purgeait leur corps une deuxième fois. Alors commençaient les frictions administrées suivant le tempérament de chacun. Elles duraient ordinairement vingt-huit jours. Ceux qui ne passaient point par les remèdes étaient chargés de frotter ceux qui les passaient. Deux fois par jour, les élèves en chirurgie faisaient les pansements nécessaires d'après l'ordonnance du chirurgien à ses visites. Les frictions terminées, on repurgeait encore les malades deux fois et ils étaient déclarés guéris. » Entassés dans des salles étroites et mal aérées, manquant de nourriture, ces malheureux offraient un terrain favorable à l'éclosion des terribles accidents de l'hydrargyrie. La mortalité s'était peu à peu élevée au chiffre formidable de quarante-six pour cent en 1792. C'est à cette époque que cessèrent ces véritables tortures et que le traitement des vénériens fut transporté à l'hôpital installé dans le couvent des Capucins, à l'hôpital du Midi, dont l'histoire a si bien été racontée par M. Pignot (1).

Nous n'avons voulu citer du livre de M. Bru que ce qui a trait à l'histoire des syphilitiques, mais les curieux qui voudront lire sa consciencieuse étude y trouveront les renseignements les plus intéressants sur la prison, les massacres de septembre 1792, les essais de la guillotine faits à Bicêtre sur les cadavres, par Louis et Guillotin, la chaîne et le ferrage des forçats et sur quelques prisonniers célèbres, Latude, Le Prévôt de Beaumont et Hervagault, l'un des faux Louis XVII ; enfin le Bicêtre actuel y est décrit et représenté dans ses moindres détails. Nous félicitons sincèrement l'auteur d'avoir su mener à bonne fin une étude aussi complète et de l'avoir rendu si attrayante. Les éditeurs du livre, le *Progrès médical* et Lecrosnier, doivent avoir leur part dans les éloges pour le soin et le luxe avec lesquels ils l'ont fait paraître. Avec la récente Histoire de l'hôpital Saint-Antoine de M. Garsonnin (2) avec l'Histoire de l'Hôtel-Dieu qu'a commencée un jeune archi-

(1) *L'Hôpital du Midi*, in-8°, Paris, Doin, 1885.
(2) *Thèse de Paris*, 1891.

viste des plus distingués, M. Coyecque (1), avec l'Histoire de Saint-Louis que nous espérons bien faire paraître nous-même dans quelques mois, sera complété l'historique des principaux établissements hospitaliers de la ville de Paris.

HENRI FEULARD.

Journal of the Leprosy investigation Committee (n° 2 ; février 1891.)

On sait qu'il s'est fondé en Angleterre un Comité pour étudier la lèpre et pour aviser aux moyens de restreindre peu à peu les ravages de cette affection. Ce comité a un organe de publicité, et dans le numéro 2 de ce journal on commence à trouver déjà de nombreux documents des plus intéressants.

Nous signalerons en particulier la nomination d'une commission pour étudier la lèpre dans l'Hindoustan, le questionnaire que le Dr Heron a préparé pour servir de guide aux commissaires et qui est un modèle de minutieuse précision et de clarté, les premières communications et les premiers travaux de la commission de l'Hindoustan et l'exposé du plan qu'elle a adopté pour ses recherches.

On trouve de plus dans ce numéro, sous le titre de « État actuel de la question de la lèpre dans l'Hindoustan », de fort nombreux rapports adressés sur ce sujet par des commissions locales : nous ne pouvons les analyser, car cela nous entraînerait trop loin.

Sous la rubrique : « Lettres et communications », le journal publie des documents fort intéressants. Nous citerons d'abord une lettre du Dr Hansen protestant contre les théories d'Hutchinson sur l'étiologie de la lèpre et déclarant nettement qu'il croit à la contagiosité de cette affection : le Dr Kaurin a écrit dans le même sens.

Les autres articles qui nous paraissent devoir être signalés sont les suivants : la lèpre dans le Sud-Africain par le Dr Ross, la lèpre à l'île Maurice avec une statistique fort intéressante par le Dr F. Lovell, la lèpre aux îles Seychelles par le Dr Hoad, la lèpre en Louisiane par le Dr H. W. Blanc, travail des plus importants, la lèpre à Bahia par le Dr Thos. Wright Hall, enfin une note du Dr S. Abraham sur un cas de lèpre traité par la lymphe de Koch.

L. B.

(1) *Histoire de l'Hôtel-Dieu de Paris au moyen âge*, 2 vol. in-8°, publiés par la Société de l'Histoire de Paris, chez Champion. Paris, 1890-1891.

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Typ. Chamerot et Renouard, 19, rue des Saints-Pères. — 27672.



ACTINOMYCOSE DE LA FACE

G. Masson éditeur. Imp. Lemercier & Cie. Paris.

TRAVAUX ORIGINAUX

SUR UN CAS D'ÉLÉPHANTIASIS NOSTRAS

CHEZ UNE MALADE PRÉSENTANT DES ARRÊTS DE DÉVELOPPEMENT DES MEMBRES

Par le Dr **Richardière,**

Médecin des hôpitaux.

L'éléphantiasis nostras est une maladie actuellement bien connue, dont les exemples sont assez nombreux. Les caractères objectifs de la lésion sont tels qu'ils en rendent le plus souvent le diagnostic très facile. L'étiologie par contre en est encore incertaine et, dans bien des cas, il est impossible de se prononcer sur la cause même de la maladie.

Pour éclairer ce point mal connu de l'histoire de l'éléphantiasis nostras, il peut donc être d'une certaine utilité de relever toutes les circonstances morbides, dans lesquelles se développe l'éléphantiasis, même si ces circonstances paraissent obscures et anormales. C'est à ce titre que l'observation suivante que nous avons eu l'occasion d'étudier à l'Hôtel-Dieu Annexe nous paraît présenter un certain intérêt.

Dans ce fait, un éléphantiasis typique du membre inférieur gauche s'est développé, trente-cinq ans après la naissance, chez une femme présentant une atrophie remarquable du bras et de la cuisse de ce côté du corps. S'agit-il d'une simple coïncidence? S'agit-il d'un rapport de cause à effet? Et l'éléphantiasis a-t-il trouvé un terrain favorable à son développement chez une infirme, dont la nutrition présentait des conditions défectueuses, alors surtout que cette infirme se trouvait vivre dans un milieu tout spécial? C'est là une question que nous n'avons pas les éléments nécessaires pour résoudre.

Notre but est seulement de ne pas laisser perdre une observation qui soulève une intéressante question de pathogénie.

Bach (Suzanne), 45 ans, marinière, entrée le 19 décembre, salle Saint-Landry, lit n° 17.

Antécédents de famille. — Père mort de la fièvre typhoïde.

Mère encore vivante, d'une bonne santé.

Un frère rhumatisant a les jambes qui enflent facilement.

Un second frère et une sœur, bien portants.

Antécédents personnels. — B... a eu, à l'âge d'un an, une maladie que sa mère dit avoir été la *variole!* Cette variole a été très grave. Elle a été suivie d'abcès volumineux, disséminés sur tout le corps. Plusieurs de ces abcès ont été ouverts au bistouri. Ils ont laissé des cicatrices nombreuses. Ces cicatrices sont réparties de la manière suivante : il en existe trois du diamètre d'une pièce de 2 francs et d'une pièce de 1 franc, au niveau de la région sus-épineuse gauche; une, plus large, sur la peau du ventre; une, à la partie moyenne de chaque cuisse; deux sur la région lombaire.

Ces cicatrices sont remarquablement circulaires. A leur niveau, la peau est blanchâtre. Elle est recouverte de plis à disposition radiée. Il n'y a pas d'adhérence des cicatrices avec les parties sous-jacentes.

B... a marché très tardivement à 3 ans seulement. Elle a boité jusqu'à l'âge de 8 ou 9 ans. Pendant sa jeunesse, trois érysipèles de la face à deux ou trois ans d'intervalle.

B... a quatre enfants bien portants.

État actuel. — La malade entre à l'hôpital pour une lésion de la jambe gauche, dont elle fait remonter le début à dix ans environ. Elle raconte qu'en septembre 1880, elle a eu une vive frayeur causée par le naufrage d'un bateau sur lequel elle était avec toute sa famille. Quelques mois après, elle a commencé à souffrir de douleurs violentes dans les jambes. Ces douleurs l'empêchaient de marcher. C'est à ce moment qu'elle s'est aperçue que sa jambe gauche était enflée. Cette jambe était rouge, douloureuse. Depuis lors, l'enflure de la jambe a persisté. Pendant différents séjours à l'hôpital, la jambe a diminué de volume, sans redevenir normale. A diverses reprises, il y a eu des poussées inflammatoires au niveau de la jambe. A la suite de ces poussées, la jambe était toujours plus enflée.

En examinant la malade, nous sommes frappés de l'existence de deux lésions dissemblables : 1° de tumeurs éléphantiasiques de la jambe gauche; 2° d'atrophie du bras gauche, et de diminution de longueur du membre inférieur gauche.

1° *Membre inférieur gauche.* — Le membre inférieur gauche doit être considéré au point de vue d'altérations différentes siégeant sur la cuisse et sur la jambe.

La cuisse est extrêmement volumineuse. Elle est considérablement élargie. Sa longueur est égale à celle de la cuisse droite. Ce sont les diamètres horizontaux qui sont augmentés. L'hypertrophie porte sur les parties molles. Elle semble due à un état particulier de la peau et du tissu cellulaire sous-cutané! Les os ne paraissent pas y prendre part. La peau n'est pas altérée! Elle a son aspect ordinaire. Elle n'est pas sillonnée de varicosités appréciables. On n'y distingue pas d'ulcération. L'épiderme est lisse.

Dans ce segment du membre, les vaisseaux, tant sanguins que lymphatiques, ne forment pas de cordons noueux.

Les ganglions inguinaux ne sont pas anormalement développés.

Les diamètres circonférentiels comparés à ceux du côté droit sont :

	A DROITE.	A GAUCHE.
Circonférence du membre au-dessus de la rotule. .	35	50
A la partie moyenne du membre.	44	57
Au pli de l'aine.	60	68

La jambe est également augmentée de volume au point de vue de sa circonférence.

Les diamètres sont :

	A DROITE.	A GAUCHE.
Circonférence de la jambe à la partie moyenne. . .	29	34
A la cheville	22	25
A la partie moyenne du genou.	33	38

Contrairement à ce qui existe pour la cuisse, la jambe présente des tumeurs éléphantiasiques siégeant au-dessus de la cheville (à la partie antérieure de la jambe), à la région externe de la jambe et surtout à la partie postérieure. La partie postérieure est presque complètement transformée en une vaste tumeur éléphantiasique. Sur le bord externe du pied et au niveau de la racine des orteils, on constate un commencement de développement éléphantiasique de la peau. En ces points, la peau est épaissie. L'épiderme est rugueux, légèrement écailleux. Sa couleur est grisâtre.

Au moment de l'entrée à l'hôpital, ces tumeurs étaient rouges, gonflées par du liquide séreux. La tumeur de la partie externe de la jambe avait plus que la grosseur des deux pouces. L'épiderme distendu par le liquide sous-jacent s'était ulcéré à son niveau. Il en résultait un abondant et incessant écoulement de sérosité. Sous l'influence du repos et de la position élevée, ces tumeurs se sont affaissées lentement. L'écoulement de liquide a cessé. L'ulcération de la tumeur externe s'est cicatrisée incomplètement. Les parties tuméfiées ont cessé d'être rouges et enflammées.

Après un mois de repos, l'état était le suivant :

La jambe restait augmentée de volume dans son ensemble. Sur cette hypertrophie générale des membres, se détachaient plusieurs plaques saillantes. Au niveau de ces plaques, l'épiderme avait une apparence papillomateuse. L'aspect général des plaques était comparable à celui de grosses verrues. Les plaques papillomateuses étaient de couleur grisâtre. Leur consistance était celle de callosités. Les saillies épidermiques étaient séparées par des sillons de plusieurs millimètres de profondeur. Il n'y avait ni ulcérations, ni fissures au niveau de ces plaques.

Le membre inférieur ne présentait pas de développement appréciable des vaisseaux sanguins ou lymphatiques.

Les fonctions motrices du membre s'accomplissaient avec quelques douleurs.

La sensibilité était normale.

Le membre inférieur gauche est diminué de longueur. Il mesure 5 centimètres de moins que le membre inférieur droit. D'après la malade, il y aurait toujours eu une certaine différence entre les deux membres inférieurs. Elle affirme que la claudication, qui est la conséquence de cette

asymétrie des membres, a toujours existé. La différence de longueur paraît tenir à l'état de la cuisse, qui, hypertrophiée transversalement, serait atrophiée en longueur, comme le bras gauche, dont il nous reste à parler.

2° *Bras gauche.* — Le bras gauche est atteint d'une variété singulière d'atrophie. Il est diminué de longueur.

Les dimensions sont :

	A DROITE.	A GAUCHE.
De l'acromion à l'olécrâne	30	20
Du sommet du pli axillaire au pli du coude	15	10
La circonférence au pli axillaire	29	27
La circonférence à la partie moyenne	26	25
La circonférence au coude	22	21

Les deux avant-bras sont égaux en longueur et en circonférence.

Les mains de même.

L'atrophie semble porter sur tous les tissus du bras. Il n'existe aucune altération de la peau.

En examinant la malade, on constate également une atrophie des muscles de la région scapulaire (muscles sus et sous-épineux).

Il y a une ankylose manifeste de l'articulation scapulo-humérale. Les mouvements des bras sont très limités. La malade est dans l'impossibilité de porter sa main gauche à sa tête. D'ailleurs, quand on fait exécuter des mouvements au membre supérieur gauche, on constate d'une manière évidente que ces mouvements sont transmis à l'omoplate, qui se meut avec le membre.

Le thorax n'est pas atrophié dans sa partie latérale gauche. Les muscles pectoraux sont de volume égal à droite et à gauche. Les clavicules ont la même longueur.

La malade ne présente pas d'autres troubles morbides appréciables.

La face est fortement couperosée. La peau présente en ce point un développement marqué des papilles.

L'examen du sang a été pratiqué sur du sang recueilli pendant la veille et pendant le sommeil.

Le sang recueilli pendant la journée et dans la soirée ne renferme aucun parasite. Les globules blancs ne sont pas augmentés de nombre. Il n'a pas été possible de constater la présence de filaires.

Les urines sont normales comme quantité et comme composition. Pas de chylurie. Pas de parasite dans le liquide.

L'observation de notre malade nous paraît comporter quelques réflexions tant au point de vue de son éléphantiasis que des troubles de développement dont elle est atteinte.

L'éléphantiasis est un éléphantiasis à marche classique. Il s'est développé lentement à la suite de poussées lymphangitiques plus ou moins espacées. Il a fallu dix années pour qu'il acquière les proportions qu'il présente actuellement. Sa localisation aux membres inférieurs est telle qu'on la voit dans la plupart des cas de maladies de ce genre.

Remarquons encore que la lésion est restée localisée à un membre, ce qui est la règle dans les cas d'éléphantiasis.

Les ganglions lymphatiques du membre inférieur malade sont normaux. Ils ne sont hypertrophiés ni dans le creux poplité ni dans la région inguinale.

Avec les lésions éléphantiasiques, il existait une hypertrophie considérable de la cuisse du côté gauche. Les dimensions de la cuisse gauche étaient, en effet : au niveau de la rotule, de 50 centimètres; à la partie moyenne, de 57; au pli de l'aine, de 68; alors que les dimensions correspondantes de la cuisse droite (saine) étaient de 35, 44 et 60 centimètres. La cuisse gauche ainsi hypertrophiée ne présentait aucune tumeur éléphantiasique. La peau était absolument normale. Il n'y avait pas d'infiltration œdémateuse appréciable. L'hypertrophie semblait due uniquement à une induration hypertrophique de la peau et du tissu cellulaire sous-cutanée.

Comment interpréter cette hypertrophie de la cuisse? En l'absence d'augmentation de volume des ganglions de l'aine correspondants, il paraît difficile de la rapporter à un arrêt de la circulation lymphatique, au moins au pli de l'aine, et cela d'autant mieux qu'il n'existait aucune dilatation appréciable des vaisseaux lymphatiques. Si cette hypertrophie est due à un arrêt de la circulation lymphatique, il faut admettre que c'est dans les ganglions lombaires ou pelviens que se fait l'arrêt et que la première chaîne ganglionnaire est franchi sans obstacle par la lymphe. Cet arrêt dans les ganglions pelviens et lombaire est tout hypothétique, car il nous a été impossible de constater par la palpation abdominale une augmentation de volume de ces ganglions. En fait, nous croyons plutôt que l'hypertrophie de la cuisse relève d'une dermite chronique à répétitions, analogue à celle qu'on observe autour des ulcères à marche chronique ou encore à la suite d'érysipèle à répétition. Dans notre pensée, il s'agirait d'une sclérose hypertrophique du derme comme on en observe en pareil cas.

Au point de vue étiologique, une seule cause peut être mise en évidence pour expliquer la genèse de l'éléphantiasis. Elle tient au genre de vie tout particulier de notre malade. Cette femme est marinière de sa profession. Elle a passé sa vie sur l'eau, couchant dans les bateaux, sur lesquels elle exerçait sa profession. Cette circonstance mérite d'être mise en relief. On n'ignore pas en effet que l'éléphantiasis se développe fréquemment dans ces conditions et que l'humidité a été de tout temps considéré comme une des circonstances adjuvantes du développement de la maladie.

Nous avons recherché vainement dans son sang et dans ses urines, la forme des filaires de sang, décrite par Lewis et considéré par Manson et par d'autres auteurs comme la cause de l'éléphantiasis.

Notre examen a été répété à plusieurs reprises sur du sang re-

cueilli pendant la journée et pendant la soirée. Toujours il a été négatif. Le résultat négatif de nos recherches peut être rapproché d'un résultat semblable consigné dans une observation d'éléphantiasis nostras publié par Souques en 1890 dans la nouvelle iconographie de la Salpêtrière. Il nous semble d'après ces faits que ce serait vouloir généraliser outre mesure la pathogénie indiquée par Morton qui rapporte indistinctement à la filaire tous les cas d'éléphantiasis, et que fort souvent l'éléphantiasis, dans nos pays tout au moins, échappe à cette influence pathogénique.

Dans le cas particulier, il nous semble qu'un autre mode pathogénique pourrait être invoqué. Nous avons relevé dans l'observation de notre malade qu'elle avait eu à trois reprises différentes des érysipèles de la face. N'y aurait-il pas lieu de rapprocher l'existence de ces érysipèles des poussées de dermite qui ont amené le développement éléphantiasique du membre inférieur et de voir dans ces deux inflammations cutanées survenant à des époques différentes chez le même malade, le fait de l'intervention d'un même micro-organisme : le *streptococcus erysipelatus.* Dans cette hypothèse, ce micro-organisme trouvant dans l'organisme de cette femme un terrain favorable à son développement aurait agi pour amener tantôt la dermite érysipélateuse de la face, tantôt la dermite éléphantiasique du membre inférieur gauche. Ces rapprochements sont purement hypothétiques, ils nous paraissent cependant justifiés par les relations étroites qui unissent les altérations lymphatiques de l'érysipèle et de l'éléphantiasis. Pour être pleinement justifiés, ils devraient s'appuyer sur la constatation du streptococcus dans les parties éléphantiasiques. Cette constatation n'a pu être faite, car nous n'avons pas assisté aux périodes aiguës de la lymphangite qui a amené le développement éléphantiasique des membres.

2° L'atrophie du bras que présente notre malade constitue une curiosité pathologique, dont l'interprétation semble assez difficile. Cette atrophie singulière a réduit les proportions du bras dans des limites considérables. Le bras atrophié mesure en longueur du sommet de l'aisselle au pli du coude 10 centimètres, alors que le bras du côté opposé mesure au même niveau 15 centimètres. Au point de vue de la circonférence, les diamètres comparés des deux bras sont : à la partie moyenne, à gauche, de 25 centimètres, à droite de 26 centimètres. Il y a donc à la fois réduction en longueur et en largeur (les diamètres longitudinaux étant toutefois réduits dans des proportions beaucoup plus considérables que les diamètres transversaux). L'atrophie ne s'accompagne pas de faiblesse réelle du membre : il n'y a pas de paralysie, pas de troubles nerveux (sensitifs ou trophiques).

Avec cette atrophie du bras, il existe une ankylose de l'articulation scapulo-humérale. Les mouvements exécutés par le membre

supérieur gauche sont transmis au scapulum qui se meut avec le bras dans les mouvements d'adduction et d'abduction.

Cette atrophie du bras ne saurait être interprétée comme une atrophie consécutive à une paralysie infantile. En effet, les muscles ne sont ni paralysés ni atrophiés.

Elle nous paraît devoir être rapprochée du défaut de développement en longueur du membre inférieur du même côté, qui a 5 centimètres de moins que le membre inférieur droit. Comme nous l'avons dit, il semble que ce soit la cuisse gauche qui soit moins longue sur la cuisse droite, alors que la jambe a conservé ses dimensions normales. Il y a donc à la fois arrêt de développement en longueur du bras et de la cuisse gauche. Cet arrêt de développement est congénital ou s'est fait dans les premiers temps de la vie intra-intérine, sous une influence indéterminée.

L'éléphantiasis s'étant montré sur le côté même du corps frappé de cet arrêt de développement, on doit se demander si le trouble de la nutrition antérieur n'a pas favorisé la formation des lésions éléphantiasiques.

RECHERCHES SUR LA TRICHORRHEXIS NODOSA

Par M. le Dr **Paul Raymond**,

Ancien interne de l'hôpital Saint-Louis.

Examinant un jour au speculum une femme atteinte d'accidents syphilitiques, je fus frappé de l'aspect que présentaient les poils des organes génitaux. Ils étaient couverts de petites masses sphériques, d'une ténuité extrême, d'une teinte grisâtre, formant à des intervalles irréguliers des saillies opaques qui en eussent imposé pour de petites lentes, n'était leurs dimensions minuscules. L'examen de ces nodosités au microscope me fit aussitôt reconnaître qu'il s'agissait de cette affection habituellement désignée sous le nom de trichorrhexis nodosa. Mon attention une fois attirée sur ce point, je recherchai la trichorrhexis nodosa sur les poils des organes génitaux et je ne tardai pas à la rencontrer dans des proportions que j'étais loin de soupçonner. Si l'on examine en effet *attentivement* 100 femmes prises indistinctement, on en trouve plus de 40 qui présentent cette altération bizarre des poils des grandes lèvres. Si l'on examine 100 femmes grasses, peu soigneuses de leur personne, présentant de l'intertrigo, la proportion est bien plus considérable encore et je puis l'évaluer à 60 p. 100, restant certainement dans les deux cas, au-dessous de la vérité. Il m'est donc permis, d'ores et déjà, d'affirmer que la trichorrhexis nodosa que l'on tend à considérer comme une affection des poils de la barbe et du cuir chevelu, bien que quelques auteurs l'aient signalée avant moi aux poils des organes génitaux, est en réalité une affection de ces derniers. Elle est aussi rare aux poils de la barbe et aux cheveux qu'elle est commune sur les poils des organes génitaux de la femme : c'est là un point peu connu et que je désire mettre en relief. Affection des poils des organes génitaux, ai-je dit. Il faut s'entendre. C'est sur les poils des grandes lèvres que l'on trouve surtout ces petites nodosités, puis sur les poils qui avoisinent les plis génito-cruraux : en cet endroit déjà, il y a beaucoup moins de poils malades et les nodosités sur chaque poil sont bien moins nombreuses. A mesure qu'on remonte vers le pubis, les poils atteints de trichorrhexis deviennent de plus en plus rares et sur le pubis même j'ai toujours cherché en vain cette altération. Elle occupe donc au niveau des parties génitales un espace bien circonscrit, toujours le

même, et ce n'est pas là l'une des particularités les moins intéressantes de cette étude.

Ces recherches s'appliquent à la femme : je ne sais s'il en est ainsi chez l'homme (1) ; mais voici un fait que j'ai constaté : chez un jeune homme dont la femme était atteinte de trichorrhexis nodosa, telle que je viens de la signaler, j'ai examiné les poils des organes génitaux et j'ai trouvé un certain nombre de poils malades. C'étaient les poils du scrotum et des plis génitaux, mais les poils du pubis étaient eux aussi absolument indemnes. Je reviendrai plus loin sur ce fait, en discutant la possibilité de la contagion, et je ferai seulement remarquer que tandis que la femme présentait une quantité considérable de poils malades, il fallait chez son mari en examiner un très grand nombre pour en rencontrer un qui fût le siège d'une toute petite nodosité. L'examen au microscope montrait d'ailleurs que les lésions étaient les mêmes.

Il serait oiseux de reprendre ici la description de cette altération pilaire : je me contenterai de signaler quelques particularités que j'ai relevées dans mes recherches (2). Un mot d'abord d'historique et une rectification.

Plusieurs auteurs enseignent que cette altération des poils aurait été signalée pour la première fois par Beigel en 1855. Il y a là une erreur. Dès 1849 Erasmus Wilson l'avait décrite sous le nom de fragilité des poils qu'il remplaça plus tard par celui de trichoclasia ou de clastothrix. Beigel en 1855, puis Wilkes en 1857, l'étudièrent sous différentes dénominations. En 1871 Devergie (3) observait deux cas d'une affection qu'il ne connaissait pas et dont il donne la caractéristique clinique : le cheveu, dit-il, grossissait en divers points de sa longueur et présentait alors des renflements fusiformes. Au niveau de chacun de ces renflements, deux ou trois petits filaments ne tardaient pas à s'écarter en dirigeant leur extrémité libre soit en haut, soit en bas ; enfin cette dissociation en filaments multiples finissait par amener la rupture du cheveu qui paraissait s'être tuméfié par suite du développement dans son épaisseur d'un tissu morbide peut-être parasitaire..... Les cheveux brisés à des hauteurs inégales et divisés en nombreux filaments entremêlés offraient un aspect non pas seulement crêpé, mais feutré. Ils tombaient abondamment sous l'influence du peigne ou de la main.

Devergie propose pour cette affection le nom de tricoptilose que

(1) J'ai appris récemment d'un de mes confrères qu'il se présentait sur les poils du scrotum des nodosités trichorrhexiques : je crois donc qu'on trouvera la trichorrhexis très fréquemment chez l'homme, lorsqu'on la cherchera sur les poils des organes génitaux.

(2) On ne trouvera donc ici aucune indication bibliographique des publications antérieures qui ne visent d'ailleurs aucun des points mentionnés dans ce travail.

(3) *Annales de Dermatologie*, 1870-71, t. III, p. 5.

lui avait indiqué Littré. En 1872, Billi, de Florence, publie deux observations sous cette appellation. Je ne sais pourquoi le professeur Kaposi lui substitua la dénomination de trichorrhexis nodosa, sous laquelle on désigne habituellement aujourd'hui cette lésion pilaire, mais je pense qu'il est bon de l'adopter, parce que le mot tricoptilose me paraît avoir dévié du sens bien défini que lui assignait Devergie. En 1877, en effet, Rœser (1) publiait dans les *Annales de Dermatologie* un travail sur la tricoptilose, et il est facile de se rendre compte qu'il confond dans cette étude non seulement la tricoptilose, telle que l'entendait Devergie, c'est-à-dire la trichorrhexis nodosa, mais encore d'autres variétés de tricoptilose. Que signifie, en effet, ce mot tricoptilose? Poil présentant l'apparence d'une plume. Eh bien! il existe plusieurs affections dans lesquelles les poils peuvent revêtir cette apparence. On peut même la produire mécaniquement en tiraillant, par exemple, l'extrémité des poils de la moustache. La tricoptilose est donc un état du poil commun à diverses affections pilaires, et ce me paraît être précisément l'erreur de Rœser d'avoir identifié les deux cas de Devergie à des cas par lui observés de tricoptilose dans la pelade.

Ne considérons donc pas le mot tricoptilose comme synonyme de trichorrhexis nodosa et désignons seulement par tricoptilose l'apparence en barbes de plume que peuvent revêtir certains poils, sans rien préjuger de la nature même de cette altération qui peut ressortir, encore une fois, à des causes fort différentes.

En lisant les descriptions des auteurs qui ont étudié la trichorrhexis nodosa de la barbe ou des cheveux, il est possible de composer une description d'ensemble assez complète. Je ne veux donc pas m'y arrêter : les lésions que j'ai observées sont bien celles de la trichorrhexis de la barbe ou des cheveux. La lésion du poil est partout la même au point de vue macroscopique et microscopique. Réservons pour un instant le point de vue microbiologique.

Voici donc quelques particularités que je voudrais relever. Chez la première femme que j'ai examinée et que je puis prendre comme type, car j'ai rarement trouvé les lésions aussi nettes à tous égards, les nodosités étaient, sur chaque poil affecté, extrêmement nombreuses. Très petites, elles apparaissent comme autant de petits points mats, surtout visibles par les jeux de lumière sur les poils en place, car il est à remarquer que les poils une fois coupés, il devient bien plus difficile de retrouver les nodosités. Ces nodosités étaient d'un jaune grisâtre, ternes, et de dimensions variables, bien qu'à l'œil nu on pût croire qu'elles étaient toutes égales. Sur certains poils il y en a dix sur une longueur d'un centimètre, sur d'autres il n'y en a qu'une ou deux. Le plus souvent, il faut examiner le poil au micros-

(1) *Annales de Dermatologie*, 1877-78, p. 185.

cope ou encore avec les réactifs colorants pour se rendre un compte exact du nombre des nodosités dont les plus petites échappent à la vue. En exerçant une traction sur le poil, on ne l'arrache pas à sa racine, mais on le rompt au niveau de l'une des nodosités. Au microscope, cette nodosité terminale brisée, se présente alors sous l'aspect bien décrit d'un petit balai, tandis que les autres nodosités ressemblent, suivant la comparaison très juste d'Erasmus Wilson, à deux brosses réunies par leurs crins. Tantôt la cassure en balai se présente seule : chez d'autres femmes, on observe au contraire le plus souvent la terminaison du poil par trois ou quatre filaments se prolongeant sur plusieurs millimètres en remontant vers la racine. Ce n'est donc plus un balai terminal; ce sont de véritables barbes de plume, une *tricoptilose*, dans l'acception étymologique du terme. Les poils brisés de la trichorrhexis nodosa peuvent donc se présenter sous deux aspects différents, sous deux formes, ainsi d'ailleurs que l'avait indiqué Rœser. Il m'a semblé que la cause de ces différences dans la disposition terminale du poil devait être cherchée dans ce fait que dans les cas de terminaison en balai les nodosités sont très rapprochées, tandis que dans les cas de terminaison en tricoptilose elles sont bien plus rares. Elles permettent alors aux fibres du poil de se diviser dans une bien plus grande étendue, aucun obstacle ne venant arrêter cette division, tandis que, dans le premier cas, les fibres divisées du poil sont vite arrêtées par l'une de ces nodosités, d'où rupture et chute du poil. Quoi qu'il en soit de l'explication, il reste acquis que dans la trichorrhexis nodosa, tantôt le poil brisé se termine en balai, tantôt en barbes de plume et que tel ou tel sujet peut présenter de préférence telle ou telle de ces dispositions.

Le microscope permet en outre de saisir d'autres détails. L'un des plus importants est relatif à l'origine même de la lésion.

Si l'on colore un poil malade par l'éosine, par exemple, ou mieux encore par les couleurs d'aniline, on voit au microscope un certain nombre de lieux d'élection pour ces couleurs. Ces lieux d'élection sont d'abord les nodosités ou encore les fissurations terminales, chacune des fibrilles du poil brisé tranchant par sa coloration sur les parties voisines et saines de la tige. On remarque en outre le long de cette tige des points plus ou moins étendus, plus ou moins irréguliers qui ont, eux aussi, fixé les réactifs colorants. Or ces points représentent précisément l'origine des lésions de la trichorrhexis nodosa.

On constate qu'en ces endroits la lame la plus externe du poil, l'épidermicule manque. Il y a là une véritable érosion qui se trouve tantôt sur la partie médiane de la préparation, tantôt sur les parties latérales. Cette érosion est en coup d'ongle, en général allongée dans le sens de la longueur du poil, mais parfois, elle est aussi large

que longue ou encore nettement irrégulière. Sur certaines d'entre elles on voit de la façon la plus évidente deux étages, la lame épidermique la plus externe ayant disparu sur une étendue plus considérable qu'une deuxième couche cellulaire sous-jacente et au-dessous de laquelle se trouve la gaine moyenne ou longitudinale du poil. Il se forme une disposition en marches d'escalier par érosion inégale des couches cellulaires du poil. Lorsque la gaine moyenne est envahie à son tour, le poil éclate. Cet éclatement du poil, le balai qui va former la nodosité, ne sont donc pas la lésion initiale : ils constituent une lésion intermédiaire. Il est facile de se rendre compte que le début de la lésion est l'érosion en coup d'ongle telle que je viens de la décrire : après elle viennent le fendillement, l'ébarbement et le balai. Quelquefois, pourtant, j'ai trouvé une autre disposition : le poil présente une fissure transversale absolument semblable à la section franche et nette d'un coup de tranchet. C'est une véritable crevasse de part et d'autre de laquelle les lames de poils se soulèvent. Ce qui m'a fait considérer cette section du poil comme une phase initiale de la nodosité trichorrhexique, c'est que j'y ai rencontré comme au niveau de l'érosion en coup d'ongle les mêmes microorganismes affectant les mêmes dispositions : je reviendrai d'ailleurs sur ces détails.

Lorsque la gaine moyenne du poil a cédé, l'éclatement se produit. De part et d'autre de la fissure, les fibres se soulèvent comme les feuillets d'un livre ouvert, puis ils présentent un embroussaillement. Les lésions s'étendent vers les bords du poil (observés sur le champ de la préparation), celui-ci se renfle en fuseau, l'éclatement se prononce davantage et les fibres déjetées en tous sens présentent alors cet enchevêtrement habituellement sphérique qui constitue les petites nodosités visibles à l'œil nu. Sur certains points, la continuité des deux fragments n'est assurée que par quelques fibrilles longitudinales restées indemnes et l'on est véritablement surpris de voir qu'elles suffisent pour maintenir le contact de ces deux fragments. Parfois même, l'intrication des fibrilles semble assurer ce contact et l'on comprend dès lors, avec quelle facilité le poil peut se rompre.

La lésion procédant de l'extérieur vers l'intérieur, la substance médullaire finit par être envahie. Il est facile de voir que sur des points où la couche moyenne commence à être dissociée, la substance médullaire reste intacte, mais plus tard, le processus d'érosion continuant, elle est intéressée à son tour.

Si l'on examine le centre d'une nodosité, on peut ne trouver aucun vestige de la substance médullaire : on a sous les yeux un espace vide et il faut remonter plus ou moins loin le long de la tige du poil pour retrouver la substance médullaire. Dans d'autres cas, on peut apercevoir quelques-unes de ses cellules éparses. Au voisinage de la

nodosité on la voit se renfler, se désagréger, se dépigmenter. Il en résulte que cette substance médullaire se présente alors sous la forme d'un cône dont la base est au niveau de la nodosité et dont le sommet remonte plus ou moins loin dans l'épaisseur de la tige du poil. Il semble que cette substance médullaire soit distendue par un gaz qui remonte à une certaine hauteur le long du poil. Celui-ci cède d'autant plus difficilement qu'on s'éloigne davantage de la nodosité d'où l'apparence conique ci-dessus. Cette apparence conique a d'ailleurs été signalée et figurée en 1881 par S. Kohn. Dans quelques cas, j'ai vu la substance médullaire se terminer brusquement par un ménisque convexe qui la fait alors ressembler à ces figures que donnent les livres de physique traitant de la capillarité. En résumé, la substance médullaire n'est intéressée qu'en dernier lieu : elle participe au renflement du segment pilaire et disparaît à ce niveau par désintégration cellulaire et lorsqu'elle est atteinte, le poil est bien près de se rompre. Il résiste tant que la lésion ne porte que sur les gaines externe et moyenne, mais alors on n'a pas sous les yeux la nodosité caractéristique. Celle-ci n'est pas encore constituée; elle n'en est qu'à sa phase initiale, la lésion procédant, encore une fois, de la cuticule épidermique vers la substance médullaire et la nodosité trichorrhexique n'étant constituée que lorsque celle-ci est envahie.

Le plus souvent la nodosité occupe toute la périphérie du poil, mais parfois aussi on trouve une hémi-nodosité, c'est-à-dire que le gonflement porte sur une seule face ou même sur une portion moins étendue de la tige du poil.

Quelle est donc la cause immédiate de cette altération dans la structure du poil ?

Si l'on examine avec un objectif à immersion l'un de ces poils coloré par la méthode de Gram ou simplement au violet de gentiane, on constate qu'il est envahi par des microbes qui se présentent de la façon suivante (1). Au niveau des éclatements du poil, soit à sa terminaison, soit dans sa continuité, on trouve des amas de microcoques qui occupent les différentes fibrilles du poil brisé. Il s'agit d'un diplocoque staphylocoque un peu plus gros que le staphylocoque pyogène et qui présente des caractères particuliers sur lesquels je reviendrai. Sur la nodosité elle-même, sur les fibrilles brisées qui la constituent, ces microorganismes sont des plus rares : à l'intérieur de la nodosité on les rencontre en plus grande abondance, mais c'est surtout sur les parties qui l'avoisinent immédiatement qu'on les trouve, comme s'ils ne pouvaient plus vivre sur les surfaces éclatées du poil, sur les petites tiges du balai. Si l'on s'éloigne

(1) Ces recherches ont été faites à l'Hôtel-Dieu dans le laboratoire de mon excellent maître M. le Dr Lancereaux, à qui je suis heureux de pouvoir offrir à nouveau tous mes remerciements.

de la nodosité, les microbes disparaissent et le poil est tout à fait normal. Nous avons vu que le poil présente dans sa continuité des points non visibles à l'œil nu, mais qui sont colorés par les couleurs d'aniline. Or, sur ces points qui représentent précisément l'origine des lésions, sur ces érosions en coup d'ongle, se retrouve l'accumulation des diplocoques. Ceux-ci tout d'abord se trouvent en petit nombre à la surface du poil : ils pénètrent entre les cellules de la cuticule, soulèvent cette lame superficielle et se logent dans son épaisseur. Ils n'ont pas encore fait éclater le poil qui paraît indemne et n'est même pas augmenté de volume. Il est très facile de constater sur la tige du poil un ou plusieurs de ces diplocoques sans qu'on trouve autre chose qu'une érosion minuscule, mais la lésion peut même ne se traduire que par la fixation des couleurs d'aniline.

Cette partie ne s'est pas décolorée par la méthode de Gram et autour d'un amas de quelques diplocoques on aperçoit seulement une tache d'un violet pâle. Bientôt ces microbes, en proliférant, soulèvent davantage les lamelles du poil qui éclate alors, lorsque les fibres longitudinales se trouvent dissociées. C'est à ce moment qu'on peut voir une, deux ou plusieurs petites barbes tout autour de l'érosion. On constate alors que la lésion s'est étendue en profondeur et on peut sur certains points constater cette apparence en marches d'escalier dont je parlais plus haut et qui résulte des déchirures inégales des couches du poil. Les altérations pilaires progressent ainsi vers le centre à mesure que les microbes se multiplient. Au niveau des points malades seuls se trouve des colonies microbiennes : sur les autres parties du poil, si l'on rencontre des microbes, ce ne sont que de très rares diplocoques. J'insiste sur ce fait que l'on peut trouver sous les lamelles épidermiques du poil des colonies microbiennes bien avant que l'éclatement ne se soit produit. L'apparition des microbes sur le poil est donc antérieur à son éclatement et elle est tout au moins contemporaine de la première phase de l'altération. Ainsi donc, présence constante d'un diplocoque sur les érosions qui constituent la phase initiale de l'altération pilaire; accumulation de ces diplocoques au niveau des nodosités, mais bien plus dans leur profondeur que sur les lamelles brisées qui forment le balai. Évidemment, sur ce balai lui-même, les microbes ont disparu. Bien plus, il y a parfois des nodosités où l'on ne peut trouver le diplocoque, mais on le voit alors soit au voisinage de la nodosité, soit au niveau des lésions initiales. Il est bien entendu qu'on peut alors trouver sur ces nodosités différents microbes, voire même toute sorte de particules solides arrêtées dans l'enchevêtrement des fibrilles du poil, ainsi que l'avait indiqué en 1878 le Pr Schwimmer.

Ce diplocoque de la dimension du staphylocoque pyogène se co-

lore parfaitement par les couleurs d'aniline. Il se cultive facilement et il suffit de le transporter sur l'agar pour le voir former au bout de douze ou quinze heures des colonies. Autour du poil malade on voit s'étaler une tache d'un blanc jaunâtre au centre, d'un blanc grisâtre pâle à la périphérie, tache qui s'étend progressivement mais sans former de colonies isolées comme dans le staphylocoque pyogène. Au bout de deux ou trois jours le développement de la colonie s'arrête. Après quatre ou cinq générations sur agar, je n'ai obtenu qu'une culture à peu près stérile. Ce staphylocoque diffère encore par d'autres caractères du staphylocoque pyogène. Il ne liquéfie pas la gélatine à 20 degrés, mais il s'y développe. En piqûre, il s'étale légèrement à la surface et tout autour du point piqué; dans l'épaisseur de la gélatine on aperçoit à la place de la piqûre une bande blanche de colonie. Dans la gélatine fondue, on le voit coloniser en petites masses ovoïdes. Ajoutons enfin qu'il n'est pas pyogène pour le cobaye et qu'il n'est nullement pathogène pour cet animal lorsqu'on l'introduit sous la peau.

Voilà donc un diplocoque à caractères spéciaux, que l'on trouve non seulement sur les nodosités de la trichorrhexis nodosa, mais encore et surtout sur les lésions caractéristiques de la période initiale de l'affectiou. La première objection qui vient à l'esprit est celle-ci. Ces microbes, qui se montrent aussi bien dans la lésion pilaire arrivée à son stade ultime que dans la lésion surprise à son début même, sont-ils réellement pathogènes ou ne sont-ils que des microbes banaux qui se développent sur un poil altéré par une tout autre cause? Il me paraît possible de considérer ces diplocoques comme pathogènes pour les raisons suivantes. En premier lieu, si un poil sain pris chez un individu même peu soigneux de sa personne, présente des microbes, ceux-ci sont disséminés un peu partout. Ils appartiennent à des espèces différentes; ils sont beaucoup plus petits que ceux que l'on rencontre dans la trichorrhexis nodosa et ils ne déterminent aucune lésion, n'ayant aucune tendance à pénétrer sous l'épidermicule. Ce n'est pas que je n'aie rencontré les diplocoques que je viens de décrire sur des poils absolument indemnes de trichorrhexis nodosa, car je crois que c'est un parasite des plus communs, mais sur tous les poils atteints de trichorrhexis que j'ai examinés, j'ai retrouvé ces microbes et lorsque par hasard je les trouvais sur des poils qui ne présentaient pas macroscopiquement de nodosités trichorrhexiques, j'étais à peu près sûr de trouver, en examinant le poil attentivement, les érosions initiales. C'est là un fait d'une importance majeure, et j'y insiste; chez une femme qui présente sur les poils des parties génitales des nouures de trichorrhexis, on peut rencontrer, même sur des poils sains en apparence, les diplocoques ci-dessus et on verra alors qu'ils tendent à produire les mêmes altérations que celles qui existent sur un poil malade.

Serait-ce, en second lieu, parce que le poil est primitivement altéré par une raison quelconque que des microbes banaux y pulluleraient plus facilement? J'ai déterminé sur moi-même des tricoptiloses, et, après quelques jours, j'ai examiné ces poils ainsi brisés. J'y ai rencontré, comme sur des poils sains, des microbes banaux en très petite quantité, mais aucun qui rappelât ceux que je trouvais dans la trichorrhexis nodosa.

En troisième lieu, c'est précisément dans les points où l'enchevêtrement est le plus marqué que l'accumulation microbienne semble être, comme je l'ai dit, le plus faible. Elle domine dans les points où la lésion débute, dans les érosions de la cuticule, puis au voisinage des nouures et peut même faire absolument défaut sur quelques nodosités. Ce fait est rare, il est vrai, mais enfin je l'ai observé et j'avoue que si ma conviction n'avait pas été faite par la constatation de ces microorganismes sur des lésions voisines, sur le même poil, je serais resté indécis. On verra l'importance de ce fait lorsque je m'occuperai de la trichorrhexis de la barbe.

Toutes ces raisons m'ont donc conduit à considérer la trichorrhexis nodosa comme une affection parasitaire et à faire jouer aux diplocoques que l'on y rencontre un rôle pathogène. Il ne suffit pas cependant de constater dans une lésion la présence de microbes pour affirmer qu'il y a entre elle et eux un rapport de cause à effet, et là, comme pour toutes les recherches microbiologiques, le critérium devait être dans l'expérimentation.

J'ai donc tenté de reproduire l'affection, et je me suis adressé au cobaye : j'ai enduit les poils de la tête d'une culture de ces diplocoques, mais je n'ai obtenu aucun résultat. Lorsque, après quelques semaines, j'ai examiné ces poils, les microbes avaient même disparu. Sur les conseils de mon ami le Dr Ménétrier, j'ai alors pris des poils des organes génitaux que j'ai badigeonnés avec une culture et que j'ai placés dans un tube d'agar. Après six semaines, j'ai examiné ces poils, mais non seulement je n'y ai trouvé aucune nodosité, mais encore je n'ai pu rencontrer la phase initiale en coup d'ongle ou en fissure que j'ai signalée. Dans ces deux conditions, les recherches ont donc échoué, et je n'ai pas eu la chance de reproduire la nouure trichorrhexique.

Faut-il déduire de ces échecs que je me suis trompé et que ce diplocoque n'est pas pathogène? Je ne le crois pas, et voici pourquoi. Lorsque j'ai commencé mes recherches expérimentales dans le but de reproduire la trichorrhexis, ce n'était pas sans un certain scepticisme, car je comprenais fort bien que les conditions biologiques de ces microbes nous échappent encore. J'ai dit en effet que ces nodosités de la trichorrhexis qui se montraient si abondantes sur les poils des grandes lèvres devenaient plus rares à mesure qu'on s'en éloignait et qu'elles faisaient défaut ou à peu près sur les poils du pubis : c'est

donc qu'il y a là des conditions qui s'opposent au libre développement du parasite. D'autre part, chez les femmes qui présentaient le plus grand nombre de nodosités, j'ai examiné les autres poils du corps ainsi que les cheveux et je n'y ai jamais constaté de nodosités trichorrhexiques. C'est donc que les conditions favorables qui se rencontrent aux organes génitaux externes n'existent pas pour les autres poils du corps. Autre exemple : chez un jeune homme atteint de trichorrhexis de la barbe, j'avais pensé que les poils du scrotum pouvaient être le siège de nouures, puisque c'est un lieu d'élection, et pourtant il n'y en avait pas. Ces conditions de développement nous échappent donc : est-ce une question de température, d'humidité, de sécrétion des surfaces cutanées d'alentour, de réaction acide ou alcaline des milieux voisins, de propreté même? (Car, chez les femmes propres, la trichorrhexis est bien plus rare et si j'ai obtenu une statistique très élevée, c'est que j'examinais des femmes appartenant à un milieu social où les soins de propreté ne sont pas une préoccupation bien grande. De même, à l'état normal, on trouve d'autant moins de microbes sur les poils, qu'ils proviennent d'un individu propre.) Puisque ces raisons nous sont inconnues lorsqu'il s'agit du développement normal, si l'on peut dire, des parasites, *a fortiori* devait-on penser qu'il était à peu près impossible de les réaliser dans l'expérimentation et ne devait-on pas trop compter sur elle. Dans une affection parasitaire, bien connue cependant, la trichophytie, que savons-nous des conditions que requiert le parasite pour se développer? Pourquoi ne se développe-t-il pas sur tous les poils du corps? Pourquoi ne se développe-t-il pas sur les sujets qui ont dépassé la vingtième année? Etc., etc.

C'est donc une erreur de croire, *aujourd'hui au moins*, qu'on puisse toujours reproduire une maladie alors même que l'on expérimente avec son microbe pathogène, et le raisonnement qui consisterait à dire : « Vous n'avez pas reproduit l'affection, donc vous n'avez pas trouvé le vrai microbe, » me paraîtrait absolument erroné.

Je suis loin cependant de prétendre que ce diplocoque est absolument spécial à la trichorrhexis nodosa. Je l'ai trouvé en effet chez des sujets qui n'avaient aucune nodosité ; je l'ai même trouvé chez les sujets les plus soigneux, mais alors il est vrai, isolé, et jamais avec cette abondance que l'on rencontre sur les poils de femmes malpropres ou encore surtout sur des poils d'une femme atteinte de trichorrhexis. Ce parasite me paraît donc assez commun : il peut même se faire qu'il vive en saprophyte sur certains poils et je me suis alors demandé comment la maladie n'était pas plus commune encore, quelque fréquente que je l'aie pourtant trouvée, et comment enfin, puisqu'elle se rencontre sur un aussi grand nombre de femmes, elle n'atteint pas plus d'hommes. J'ai remarqué en effet, je l'ai déjà dit, que les hommes

sont bien moins communément atteints et que même sur ceux qui ne prennent aucun soin de propreté et chez lesquels on trouve une quantité de petits microbes, le diplocoque dont je m'occupe fait précisément le plus souvent défaut. Pourtant la trichorrhexis me paraît être contagieuse : j'ai rapporté ce cas d'un homme qui présentait au scrotum des nodosités trichorrhexiques, alors que chez sa femme les poils des organes génitaux étaient le siège de nouures. Les faits suivants signalés par Mac Call Anderson et interprétés, il est vrai, d'une façon différente, ne peuvent-ils venir à l'appui de ma thèse?

Mac Call Anderson rapporte l'observation d'une femme dont la grand'mère, la bisaïeule, le père, le frère étaient atteints, ainsi que deux enfants, une nièce, un oncle et cinq sur sept des enfants de ce dernier. Le fait même de cette femme citée par Devergie qui parvint à se débarrasser d'une trichorrhexis du cuir chevelu en coupant ses cheveux dès qu'elle voyait apparaître une nodosité, semble bien prouver que la maladie est auto-inoculable et que les parasites se propagent non seulement d'un point du poil à l'autre, mais d'un poil aux poils voisins. Le traitement proposé ne vient-il pas, lui aussi, corroborer mon opinion? les lotions antiseptiques fréquentes auxquelles on doit un certain nombre de succès n'agissent-elles pas en empêchant la diffusion des microorganismes et leur développement sur la cuticule du poil? Mais encore une fois, il y a dans cette contagiosité, dans les conditions de développement du microorganisme, des conditions qui m'échappent.

Je ne retiens donc que la présence constante de ces diplocoques dans les poils malades et le plus souvent leur présence, à l'exclusion de tout autre parasite, dans les lésions à leur phase initiale. Tandis qu'ils font à peu près défaut sur les poils sains de quelque partie du corps que ce soit, ou qu'ils s'y présentent très rares, ils abondent au contraire sur les poils malades. Enfin, dans des lésions mécaniques des poils je ne les ai pas rencontrés, mais je ne dis pas qu'on ne les y puisse trouver, puisque j'ai rencontré ces diplocoques ou tout au moins des diplocoques semblables sur des poils et chez des sujets qui n'avaient aucune nouure de trichorrhexis.

On remarquera que, jusqu'à présent, je me suis abstenu de parler de la trichorrhexis de la barbe ou des cheveux et que je me suis limité aux cas que j'avais en vue, à savoir: les nodosités trichorrhexiques des poils des organes génitaux, nodosités que l'on trouve avec une grande fréquence chez la femme. J'ai eu aussi l'occasion d'examiner deux jeunes gens, tous deux médecins précisément, et qui présentaient de la trichorrhexis de la barbe. Voici le résultat de cet examen. Les nouures examinées au microscope étaient bien celles de la trichorrhexis nodosa et elles étaient absolument les mêmes que celles que j'avais précédemment observées. Je n'insiste donc pas sur ces caractères pour ne pas sortir de mon sujet. Qu'il me suffise de

dire que dans tous ces cas il s'agissait bien des mêmes petites nodosités de la trichorrhexis. Sur quelques-uns de ces poils j'ai recherché les lésions d'atrophie de la racine du poil signalées par le professeur Schwimmer. Je ne les avais jamais trouvées, en effet, sur les poils que j'avais examinés aux organes génitaux et je pensais les rencontrer sur les poils de la barbe que visait en somme la description de M. Schwimmer. Or, je ne les y ai pas davantage rencontrées et j'avoue que je me demande d'où provient cette divergence avec un observateur aussi distingué. Quant au point où commencent les nouures, j'ai aussi pu me convaincre qu'il n'y avait rien de fixe à cet égard : tantôt elles commencent assez loin de la racine du poil; dans d'autres cas, on trouve les premières nodosités à quelques millimètres de la surface cutanée. Ce fait n'a donc aucune importance.

J'ai ensuite examiné ces poils au point de vue microbiologique et voici les résultats auxquels je suis arrivé. Chez l'un de ces confrères, les poils de la barbe sont épais et noirs : il est donc très difficile de pratiquer l'examen. Au niveau des nouures je ne trouvais nullement les microorganismes que je cherchais, mais en revanche je trouvais une foule d'éléments microscopiques retenus dans l'intrication des fibrilles, et par suite sans valeur. Aussi bien ai-je dit que ce n'est pas dans les nodosités qu'il faut s'attendre à trouver le plus grand nombre de parasites : à cet endroit le poil n'existe plus, pour ainsi dire, et le microorganisme ne peut plus s'y développer. J'ai donc recherché les fissures, les petites encoches en coup d'ongle : je les ai trouvées, mais ce n'étaient plus les mêmes microbes. J'ai ainsi et toujours trouvé sur les poils de ce confrère un petit diplocoque extrêmement ténu, ressemblant absolument à celui que j'ai décrit plus haut mais en différant absolument par ses proportions deux ou trois fois moindres. J'ai alors cherché à cultiver ce microorganisme : j'y suis parvenu, mais j'ai obtenu une culture de tout petits diplocoques semblables à ceux qui existaient dans les lésions du poil. Mais, chose curieuse, en examinant des cultures datant de plusieurs jours, je retrouvais le même diplocoque que chez les femmes dont j'ai parlé : aussi, suis-je arrivé à me demander si ces diplocoques, trouvant un milieu de culture qui leur convenait mieux, se développaient plus facilement pour atteindre les proportions auxquelles ils parviennent sur d'autres poils, ou bien si, au contraire, une culture de ce diplocoque plus gros s'était substituée à la première. La culture des microbes de la peau et des microbes des poils de barbe est en effet hérissée de difficultés de ce genre, et on comprend qu'en un tel sujet il soit assez téméraire d'être affirmatif.

Quoi qu'il en soit, et ce que je retiens, ce sont les mêmes lésions noueuses, le même début de ces lésions et la présence constante d'un

diplocoque, mais différent par ses dimensions de celui que j'avais trouvé dans *tous* les cas précédemment mentionnés. Les lésions de mon second confrère allaient-elles élucider ces points douteux? Bien que chez lui aussi la barbe fût épaisse, elle était de couleur rousse et les recherches étaient moins difficiles. Eh bien! là encore j'ai retrouvé les mêmes lésions initiales, mais encore les mêmes petits diplocoques que chez le précédent confrère. Sur certains poils j'ai bien trouvé, il est vrai, mon premier diplocoque, mais il y était vraiment trop rare pour que je pusse l'incriminer, étant donné, encore une fois, que je l'ai trouvé parfois sur des poils non trichorrhexiques. Il restait donc acquis que dans les deux cas de trichorrhexis de la barbe je retrouvais les mêmes microorganismes, non pas seulement au niveau des nouures, ce qui n'a pas grande valeur, mais sur la continuité du poil où ils produisent les mêmes lésions initiales sur lesquelles j'ai tant insisté. Je dois dire ici que sur ces poils les nouures étaient en somme assez rares, deux ou trois par poil et souvent une seule, tandis que sur les poils des grandes lèvres j'en trouvais souvent plus d'une dizaine. Les lésions initiales étaient donc plus difficiles à rencontrer et c'est là un point que je tiens à signaler parce que si dans les recherches ultérieures on ne les trouve pas tout d'abord, il ne faudra pas conclure qu'elles n'existent pas. Je conseille d'ailleurs de chercher à les reconnaître sur les poils des organes génitaux.

J'arrivais donc à des résultats concordants quant aux grandes lignes, mais quelque peu différents dans un point, capital il est vrai, la présence des mêmes microorganismes. Aussi, dès ce moment, mes doutes ont-ils commencé. Me suis-je trompé et ai-je pris pour des microorganismes pathogènes des parasites sans valeur? Je ne le crois pas parce que je les trouve toujours, siégeant dans les mêmes points où ils produisent les mêmes lésions; parce que, bien qu'on les trouve parfois sur des poils sains, on ne les rencontre guère en grande quantité que sur des poils trichorrhexiques et qu'ils font défaut sur des poils qu'on a mécaniquement fait éclater; parce qu'enfin il m'est arrivé de ne pas les rencontrer au niveau des nouures où pourtant l'intrication, le feutrage des fibrilles devraient les retenir comme toutes les autres impuretés qu'on y trouve et qu'inversement je n'ai jamais trouvé une lésion initiale sans qu'il y existât quelques-uns de ces microbes alors que sur les parties saines voisines on ne les rencontrait pas. C'est ainsi que j'ai été amené, je l'ai dit, à leur faire jouer un rôle. Mais alors j'aurais dû les retrouver dans les poils de la barbe. Serait-ce donc que divers microbes pourraient sectionner le poil? Cela est possible. Ils arriveraient en tout cas au même résultat macroscopique. Serait-ce aussi que les microorganismes trouvent sur la barbe un terrain de culture qui leur est moins favorable qu'aux or-

ganes génitaux et qu'ils y atteignent des proportions moins considérables ? Cela est encore possible, car il est à remarquer que dans toutes les affections parasitaires des poils, il faut tenir compte de ces sièges d'élection, de ces conditions de développement dont nous connaissons mal, dont nous ignorons même la raison.

Quoi qu'il en soit, il sera facile de vérifier tous ces faits; car pour moi la trichorrhexis nodosa est une affection si commune des poils, si banale même, que je la comparerais volontiers au lépothrix des aisselles. Combien de personnes ne s'en doutent pas, qui sont atteintes de cette dernière lésion pilaire. Je crois qu'il en est de même pour la trichorrhexis : les femmes chez lesquelles je la trouvais ne soupçonnaient même pas ces myriades de nouures. Cela, dira-t-on, se conçoit assez et pourtant quelques-unes d'entre elles avaient remarqué que leurs poils étaient brisés et étaient devenus par suite moins touffus, ce qui, pour le dire en passant et par une coquetterie dont aucune n'a voulu me donner la raison, les ennuyait fort. Je crois enfin que la trichorrhexis de la barbe, de la moustache, que l'on trouve aujourd'hui plus fréquemment alors qu'on sait mieux la rechercher, se montrera plus fréquente encore. Cette fréquence plaiderait assez en faveur de l'opinion parasitaire que je viens d'exposer; car, d'une part, le microorganisme qui coupe le poil ou l'entaille est très commun, et d'autre part on ne voit pas très bien comment une lésion trophonévrotique (puisque c'est là la pathogénie actuellement admise) sévirait sur un aussi grand nombre d'individus, affectant surtout les poils des organes génitaux où le parasitisme est, on l'avouera, plus admissible que la trophonévrose.

Avant de terminer, je voudrais exposer une remarque que j'ai faite tout récemment. Chez une jeune femme qui, il y a huit mois, présentait une quantité considérable de nodosités trichorrhexiques aux poils des grandes lèvres, j'ai été surpris, ces jours derniers, de noter une diminution sensible du nombre fait des nouures. Cette femme m'a affirmé qu'elle n'avait fait aucun traitement spécial contre cette trichorrhexis, mais j'ai de bonnes raisons pour douter de ses affirmations, et cela, d'autant plus qu'elle avait été désagréablement surprise lorsque je lui avais signalé ces nouures. D'autre part, j'ai remarqué, en étudiant le lépothrix des aisselles, qu'il disparaissait pendant l'hiver. Serait-ce la même chose pour la trichorrhexis, ou bien de simples soins de propreté peuvent-ils amener la guérison ? C'est ce que je rechercherai à l'avenir, mais, quelle que soit l'interprétation du fait que je viens de signaler, il n'était pas moins intéressant de le rapporter.

J'appelle donc l'attention, en résumé, sur la fréquence de la trichorrhexis nodosa, lésion banale des poils, à mon avis, pourvu qu'on la recherche sur les poils des organes génitaux de la femme et peut-être aussi, bien que moins communément, sur ceux de l'homme. Je

signale, d'une part, les phases initiales de la lésion qui aboutit à la nodosité, période ultime de l'altération pilaire et, d'autre part, les microorganismes qui érodent le poil et sont la cause de ces nouures trichorrhexiques. Je suis loin de prétendre que ces microorganismes soient spéciaux à cette affection; je crois, au contraire, qu'ils sont des plus communs, mais ce sur quoi j'insiste, c'est que les microbes que j'ai décrits n'ont rien à voir avec les impuretés de tout genre et les parasites divers qu'on peut rencontrer sur les poils. Je pense donc qu'à la notion du trouble trophique il faut pour comprendre la pathogénie de la trichorrhexis nodosa substituer la notion du parasitisme et j'espère que des recherches ultérieures viendront montrer que je ne me suis pas trompé.

CAS DE MYCOSIS FONGOIDE

Par **L. Brocq** et **Matton.**

(Communication à la Société Française de Dermatologie.)

J'ai l'honneur de présenter à la Société un malade que je viens d'observer pendant les mois d'avril, mai et juin avec mon interne et ami M. Matton : il est actuellement depuis huit jours dans le service de mon excellent maître et ami M. le Dr Quinquaud qui a bien voulu lui donner l'hospitalité et que je ne saurais trop remercier de son extrême obligeance. Cet homme est atteint depuis près de deux ans d'une dermatose rebelle à marche progressive que je crois devoir ranger jusqu'à plus ample informé dans le mycosis fongoïde en faisant remarquer qu'il existe entre ce type et les faits décrits sous le nom de lymphodermie pernicieuse des points assez nombreux de ressemblance. Bien que nous n'ayons pu encore réunir tous les documents nécessaires pour publier une observation complète et qu'en particulier les résultats définitifs des inoculations aux animaux et des cultures ne nous soient pas connus, nous avons cru devoir vous apporter aujourd'hui ces notes cliniques en raison de l'importance de ce fait et des vacances que va prendre la Société.

C..., âgé de 55 ans, marchand de vin, vient au commencement d'avril nous consulter à l'hospice de La Rochefoucauld pour une affection cutanée rebelle.

Il n'a aucun antécédent héréditaire notable. Sa mère a toujours été bien portante et elle a actuellement 84 ans. Son père est mort de vieillesse à 88 ans. Ses grands-parents sont morts à des âges fort avancés, sans avoir jamais présenté la moindre affection ni cutanée, ni cancéreuse. Il a eu onze frères ou sœurs : six sont encore vivants, bien portants et n'ont jamais eu de maladie de peau.

Pendant son enfance, M. C... a eu, paraît-il, beaucoup de gourme. Jamais il n'a eu le moindre accident vénérien. De 35 à 45 ans il a souffert de névralgies frontales périodiques. Depuis 45 ans jusqu'à 53 ans, il a eu des hémorrhoïdes qui donnaient lieu à des écoulements sanguins périodiques. En 1889, il a eu une bronchite assez intense à la suite de laquelle il a fait un traitement local pour ses hémorrhoïdes. Quand la maladie cutanée a débuté, son flux hémorrhoïdaire était supprimé depuis deux ou trois mois.

Depuis l'âge de 20 ans il fait, grâce à sa profession, des excès alcooliques.

Il n'a cependant pas de pituite le matin et ne présente qu'un fort léger tremblement éthylique surtout marqué à droite.

Depuis le début de sa maladie, il aurait maigri d'environ 25 kilogrammes : son appétit aurait diminué depuis deux mois; néanmoins, son état général est assez satisfaisant.

L'affection cutanée dont il est atteint a débuté en octobre 1889 par une tache rouge, ayant la forme d'un fer à cheval, située sur la face dorsale de la main droite : elle n'était le siège d'aucun phénomène douloureux. En moins d'un mois, d'autres taches rouges apparurent sur le bras, puis sur le corps. Vers le mois de décembre 1889, le malade ressentit un peu de cuisson au niveau des régions atteintes. Il consulta alors plusieurs médecins dans les hôpitaux et ailleurs : on lui prescrivit de l'arséniate de soude et des pommades. En février 1890, il n'avait encore rien de notable au visage; les pieds commençaient à être atteints; le corps et les mains étaient recouverts de plaques rouges portant des squames et des croûtes, indices d'un léger suintement.

A cette époque, C... se sentait encore tellement bien portant, qu'il n'hésita pas à se remarier. Mais pendant l'été de 1890, la dermatose fit des progrès rapides, et en décembre 1890, le malade se décida à entrer à l'hôpital Saint-Louis ; il y resta jusqu'en mars 1891 ; il y fut traité par des applications de liniment oléo-calcaire boriqué et par la solution arsenicale.

Lorsque nous le vîmes pour la première fois en avril 1891, il était couvert sur presque toute l'étendue des téguments, sauf quelques intervalles de peau saine disséminés çà et là sur le tronc, les coudes, le cuir chevelu, d'une éruption d'un rouge vif plus ou moins intense, légèrement suintante par places, mais surtout squameuse, et donnant au premier abord l'impression d'un psoriasis ou mieux d'un eczéma en voie de passer à l'état d'herpétide exfoliative.

Mais en observant le malade de plus près, on remarquait presque partout, et surtout sur la face et sur le tronc, une tendance marquée de l'éruption à évoluer par placards arrondis ou ovalaires assez nettement limités, et présentant à leur centre une infiltration notable des téguments. Vers le côté gauche de la racine du nez il existait une véritable tumeur jaunâtre, aplatie, au niveau de laquelle le derme était fort épaissi : on en trouvait d'autres vers la partie latérale gauche du cou, vers la région lombaire, la partie antéro-interne des cuisses. Dès lors, nous nous crûmes autorisés, malgré l'aspect des membres, de porter le diagnostic de mycosis fongoïde.

Depuis cette époque nous avons observé ce malade et nous avons vu évoluer toutes les éruptions qu'il présente à l'heure actuelle. Le grand caractère de ces lésions est leur extrême mobilité : en quelques jours des plaques infiltrées s'affaissent, des parties primitivement saines ou planes s'infiltrent. Cette mobilité est telle qu'aujourd'hui, 9 juillet, l'éruption n'est plus du tout ce qu'elle était dimanche dernier, 5 juillet, époque à laquelle nous avons procédé à un long et minutieux examen. Aussi nous paraît-il inutile de reproduire dans cette observation l'état détaillé des téguments tel qu'il existait en avril 1891 : il nous paraît préférable de décrire leur aspect actuel (5 juillet 1891).

État le 5 *juillet* 1891. — *Cuir chevelu.* — Il n'y a pas à proprement parler

d'alopécie : néanmoins en quelques points se trouvent des places plus ou moins dégarnies de cheveux. Sur toute son étendue le cuir chevelu est recouvert de fines squames furfuracées, qui deviennent par endroits plus épaisses et séborrhéiques : il y a même çà et là quelques accumulations squamo-croûteuses grasses au-dessous desquelles les téguments sont un peu rouges. Vers la partie postérieure de la *tête* se voient des plaques légèrement rosées, irrégulières de forme et de dimensions, qui donnent un aspect bigarré à toute cette région. Vers la partie latérale droite du vertex, à la hauteur de l'oreille, existe une plaque à bords diffus, de la grandeur d'une pièce d'un franc, rouge, recouverte de squames blanchâtres adhérentes; le centre en est très nettement infiltré et épaissi : il fait une saillie notable au-dessus du niveau des téguments voisins. Çà et là sur le cuir chevelu et surtout vers la tempe droite se trouve un piqueté hémorrhagique variant comme grosseur de celle d'une très fine à celle d'une très volumineuse tête d'épingle : il devient surtout visible lorsque l'on exerce une assez forte pression sur les téguments.

Front. — La *partie médiane et latérale droite* du front est occupée par une large plaque de 7 centimètres environ de diamètre dans le sens transversal, de 5 centimètres dans le sens vertical. En bas elle se continue avec les lésions de la région intersourcilière et avec le sourcil droit; en haut elle s'arrête à la racine des cheveux. Les bords n'en sont pas nettement arrêtés, ils se confondent insensiblement avec les parties en apparence saines des téguments. Au niveau de ces bords se voit par places un petit piqueté punctiforme, hémorrhagique, ne disparaissant pas par la pression du doigt. Le bord interne est un peu irrégulier : il fait une légère saillie au-dessus du niveau des téguments, et semble se prolonger vers sa partie inférieure avec les lésions plus diffuses et moins marquées qui siègent au-dessus du sourcil gauche.

La plaque que nous étudions présente : 1° une teinte d'un rouge légèrement jaunâtre ou bistre par places qui se fonce de plus en plus à mesure que l'on se rapproche davantage du centre; 2° une infiltration des téguments perceptible au toucher et même à la vue qui est pour ainsi dire nulle vers le bord externe, mais qui se prononce de plus en plus à mesure que l'on approche de la partie médiane de la plaque où elle est fort notable; 3° des régions sèches au niveau desquelles existe une fine desquamation, furfuracée ou lamelleuse, assez abondante; 4° des régions au niveau desquelles les téguments ont tout à fait l'aspect eczémateux; on y voit des sortes de petites vésicules excoriées, groupées, au niveau desquelles le derme suinte et se recouvre de petites croûtelles jaunâtres.

Au niveau de cette plaque on peut prendre et malaxer les téguments entre les doigts sans faire souffrir le malade : par une pression continue on arrive à déterminer la formation d'une légère cupule, et à faire disparaître en partie la rougeur des téguments, mais il persiste toujours une teinte d'un jaune rougeâtre foncé.

Tout autour de cette grande plaque frontale la peau est lisse, peu colorée, parsemée d'une sorte de granité d'un blanc jaunâtre, ayant un peu l'aspect de grains de milium aplatis, enchâssés dans le derme : on y voit de plus de très fines arborisations vasculaires. Cette peau est extrêmement douce et

lisse au toucher, fine et comme amincie. Sur ce fond se voit une tache rouge très légèrement saillante, un peu squameuse, à bords irréguliers et diffus.

La *tempe droite* elle-même entre le sourcil et le cuir chevelu est occupée par une plaque rouge, diffuse, présentant çà et là de petits points hémorrhagiques, très légèrement infiltrée au centre, recouverte d'une fine desquamation furfuracée.

La *partie latérale gauche du front* est moins prise que la droite : les régions en apparence saines de peau y sont à un examen minutieux moins altérées qu'à droite. Cependant on y retrouve les mêmes caractères de blancheur piquetée d'un peu de rouge et de grains jaunâtres. Çà et là on y voit comme de toutes petites papules aplaties, un peu brillantes, très irrégulières de formes et de dimensions, variant comme grosseur de celle d'une fine tête d'épingle, à celle d'un grain d'orge, et comme coloration allant du rose au rouge vif.

Sur toute cette région les plaques rouges sont diffuses, superficielles, très irrégulières de forme. On peut en distinguer un premier groupe au-dessus du sourcil, d'aspect eczémateux, rouge vif en un point, rosé dans le reste de son étendue : on y voit des dilatations télangiectasiques nombreuses, et sa surface est en partie recouverte d'une fine desquamation furfuracée. Vers la racine des cheveux se trouve un deuxième groupe fort irrégulier composé de plaques rosées parsemées de points blanchâtres : ce sont des lésions en voie de régression.

Vers la *tempe gauche*, en allant de la queue du sourcil à la partie voisine du cuir chevelu, on rencontre successivement : d'abord une zone blanchâtre parsemée de quelques vascularisations et d'un petit piqueté rouge, puis une grande plaque arrondie de 5 centimètres de diamètre environ, à bords assez irréguliers et quelque peu diffus, empiétant largement sur le cuir chevelu, très colorée, sur laquelle se voient à la périphérie de minuscules éléments papuleux, miliaires, d'un rouge vif, saillants, et au centre, qui est assez notablement infiltré, des croûtes squameuses adhérentes.

Sourcils. — Au niveau du sourcil droit se voit un piqueté rouge qui rappelle un peu celui de la kératose pilaire. Toute cette région est rouge et est légèrement infiltrée. Il en est de même de la région intersourcilière dont la rougeur se confond avec celle de la partie inférieure de la grande plaque frontale. Il semble que les poils qui y étaient très abondants, y soient tombés dans une certaine proportion. Il y a de plus un degré assez marqué d'alopécie sourcilière externe.

Le sourcil gauche présente des lésions analogues : on y remarque des squames assez épaisses surtout vers sa partie médiane.

Yeux. — Les paupières de l'œil droit sont épaissies, infiltrées, d'une rougeur peu vive assez uniforme ; elles sont recouvertes de fines squames. Leur bord libre, surtout celui de la paupière inférieure, est élargi. A certaines périodes de la maladie il y a eu un degré assez marqué d'ectropion. La conjonctive palpébrale est d'un rouge vif : la conjonctive oculaire est un peu injectée.

L'œil gauche présente des lésions analogues ; mais on y trouve de plus un petit piqueté hémorrhagique sur le fond rouge de la paupière supérieure.

Nez. — La racine du nez est occupée par une plaque d'un rouge très-vif

et uniforme, parsemée d'arborisations vasculaires; en certains points existent de fines vésicules semblables à celles de l'eczéma qui se groupent de façon à former de petits placards suintants, irréguliers de forme et d'étendue, et recouverts parfois de croûtelles : ces dernières lésions se voient surtout en ce moment vers la partie latérale gauche de la racine du nez en un point qui n'est aujourd'hui que fort peu infiltré, alors qu'il y a trois mois il était le siège d'une véritable tumeur dermique.

Le maximum d'infiltration de la plaque de la racine du nez se trouve actuellement vers la partie latérale droite de l'organe : en ce point existent deux bosselures très nettes : l'une oblongue située immédiatement au-dessous des deux sillons transversaux de la racine du nez, lesquels sont assez profonds grâce à l'infiltration des parties voisines : l'autre, plus diffuse, en quelque sorte étalée, située au-dessous de la première au niveau de la partie inférieure des os propres du nez.

De ce centre la rougeur et l'infiltration s'étendent en s'étalant et en diminuant vers les sillons naso-géniens et vers l'extrémité du nez. Elles forment en bas un prolongement oblique à bord inférieur rectiligne assez bien limité simulant une bande qui coupe obliquement la face dorsale du nez de haut en bas et de droite à gauche et qui va rejoindre l'infiltration de la narine gauche en laissant ainsi le bout du nez relativement indemne.

Au niveau de la *narine gauche* se voient trois nodosités principales : l'une antérieure ayant les dimensions d'une grosse lentille, posée sur la face externe de la narine à partir de son bord libre; une autre moyenne en arrière de la précédente, plus saillante, hémisphérique, ressemblant à un demi-pois posé sur les téguments; la troisième, postérieure, moins volumineuse.

Elles sont toutes les trois d'un rouge vif, présentent du piqueté hémorrhagique, et reposent sur un derme rouge vif infiltré dans toute l'étendue de cette narine; elles donnent au doigt une sensation marquée d'épaississement, et sont recouvertes de squames fines et blanchâtres. La narine droite est moins atteinte.

L'*extrémité même du nez* au-dessous de la bande que nous venons de décrire est bien moins rouge que les parties voisines. La peau y est sillonnée d'arborisations vasculaires très développées.

Le 29 juin 1891 nous avons constaté sur la partie latérale droite de la face dorsale du nez des sortes de grosses vésicules arrondies, hémisphériques, de 2 millimètres à 2 millimètres et demi de diamètre environ, semblables à des éléments de dysidrosis, faisant une saillie assez notable au-dessus du niveau des téguments, dures, résistantes. Nous n'avons pu les déchirer avec l'ongle; il a fallu piquer assez profondément avec une aiguille pour arriver à les ouvrir : il en est alors sorti un liquide complètement transparent, et après qu'elles ont été vidées il a persisté pendant quelques minutes une sorte de dépression cupuliforme montrant bien que la vésicule était en quelque chose enchâssée dans le derme : nous en avons compté sept, discrètes, bien nettement isolées les unes des autres. Nous n'en avons pas trouvé ailleurs.

Le 1er juillet nous avons constaté que ces vésicules existaient encore;

elles s'étaient reformées aux mêmes points et elles présentaient les mêmes caractères. Ce jour-là il y en avait une à la racine du pouce gauche ; mais elle était beaucoup plus superficielle, plus fragile et plus éphémère que celles que nous venons de décrire.

Joues. — Considérées dans leur ensemble, les joues sont hautes en couleur, infiltrées, sillonnées d'arborisations vasculaires. En voici les détails :

Sur la *joue droite* on trouve une plaque rouge, diffuse, qui occupe toute la région sous-orbitaire : elle figure une sorte de fer à cheval dont l'extrémité externe, constituée par une plaque rouge très vascularisée, peu infiltrée, squameuse, siège vers la pommette, et dont la branche interne longe le sillon naso-génien et est constituée par deux petites plaques superposées d'un rouge assez vif, présentant une légère infiltration à l'œil et au toucher. La concavité du fer à cheval regarde en bas et en dehors. Les bords de ces lésions sont très diffus.

La *joue gauche* est le siège d'une infiltration à peu près uniforme. On peut y distinguer cependant deux plaques principales : l'une vers le sillon naso-génien, l'autre vers la pommette : elles se réunissent en bas vers la lèvre supérieure. Elles sont caractérisées par de la rougeur, des arborisations vasculaires et de la desquamation furfuracée.

Un peu au-dessous de la tempe vers la limite de la barbe, à environ 4 centimètres de l'oreille, se trouve une plaque ovalaire de 3 centimètres et demi de long sur 2 centimètres et demi de large, et qui est dirigée obliquement de haut en bas, d'arrière en avant. Les téguments sont très nettement infiltrés à son niveau : en effet, elle fait une saillie notable très visible au-dessus des téguments voisins, et quand on la saisit entre les doigts, on sent manifestement que la peau y est plus que doublée de volume. Elle est d'un rouge sombre : la pression du doigt y détermine une cupule très appréciable, et diminue la coloration des tissus qui gardent une teinte jaune rougeâtre foncé. La surface en est recouverte de squames fort adhérentes.

Vers l'angle de la mâchoire du même côté se trouve une autre lésion analogue, mais moins étendue, d'un rouge moins vif, de la grandeur d'une pièce d'un franc : le centre très infiltré est recouvert de squames croûteuses.

En avant des deux oreilles se voient des traînées rouges squameuses disposées en bandes longitudinales parallèles à la branche montante du maxillaire inférieur. Çà et là dans la barbe disséminées sans ordre aucun on trouve des rougeurs diffuses furfuracées avec piqueté hémorrhagique, et pour ainsi dire sans infiltration.

Lèvres. — Le bord libre de la *lèvre supérieure* est recouvert de fines squames adhérentes, et est un peu excorié vers sa partie latérale droite.

Le bord libre de la *lèvre inférieure* est d'un rouge assez vif, légèrement infiltré, et est également recouvert de fines squames dans toute son étendue. Vers sa partie latérale droite, il présente des excoriations superficielles avec croûtelles brunâtres.

Dans sa portion intra-buccale la lèvre inférieure est un peu tuméfiée ; on y voit çà et là un fin piqueté hémorrhagique, des stries blanchâtres irrégulières peu marquées, et des stries rougeâtres ; le tout formant une surface bigarrée.

Les lèvres sont épaissies, moins souples qu'à l'état normal, et le malade y éprouve une sensation de raideur marquée.

Langue. — Les papilles fungiformes de cet organe sont saillantes, d'un rouge vif. Sur la partie moyenne de la face dorsale de la langue se voient des lésions qui ne se sont pas produites sous nos yeux et que nous ne pouvons par conséquent rattacher d'une manière formelle à l'affection actuelle, bien que le malade nous affirme de la manière la plus nette qu'elles n'existent que depuis qu'il est atteint de sa dermatose. Sur la partie latérale droite de la face dorsale, à 2 centimètres environ de la pointe, on trouve une plaque allongée d'avant en arrière, à bords un peu diffus, et au niveau de laquelle les papilles manquent en grande partie : on y remarque une sorte de piqueté blanchâtre, leucoplasique, irrégulier. Il semble qu'il y ait eu dépapillation à peu près complète de cette région avec conservation de quelques grosses papilles irrégulières et saillantes. Les plis longitudinaux de la langue et surtout le sillon médian sont exagérés à ce niveau. Cette plaque droite se prolonge à environ 3 centimètres et demi de la pointe de la langue sur la partie latérale gauche de la face dorsale de l'organe, de telle sorte qu'elle occupe à ce niveau la presque totalité de cette face dorsale. Elle s'arrête assez nettement en avant du V lingual.

La langue a été beaucoup plus rouge et plus sensible qu'elle ne l'est à l'heure actuelle. Il y a environ un mois et demi, elle était tellement douloureuse que le malade ne mangeait qu'avec beaucoup de difficulté, et que nous avons été obligés de lui prescrire un collutoire à la cocaïne.

En ce moment il éprouve un peu de difficulté pour avaler : le pharynx est rouge ; mais il ne nous a pas été possible d'y découvrir de lésions.

Oreilles. — Les oreilles ne sont que fort peu atteintes. On y trouve çà et là disséminées des rougeurs superficielles recouvertes d'une fine desquamation lamelleuse assez abondante. Ces plaques sont très superficielles et siègent surtout vers le lobule, les plis, la conque et la face postérieure.

Cou. — La partie antérieure du cou est recouverte de plaques rouges superficielles et squameuses disséminées. La partie postérieure présente une sorte de nappe uniforme d'un rouge vif au niveau de laquelle la peau n'est que modérément infiltrée. Sur la partie latérale gauche au-dessous de l'oreille se voit une grande plaque de 6 à 7 centimètres de diamètre, ovalaire, à bords assez diffus, infiltrée par places : à sa partie inféro-antérieure se trouve un épais noyau d'infiltration de la grandeur d'une pièce de 2 francs, d'un rouge violacé, parsemé de nombreux points hémorrhagiques. Le reste de la plaque est rouge brun ou rouge vif par endroits ; l'épiderme est lisse et en très fine desquamation. Cette plaque n'est plus que le vestige d'une large tumeur aplatie qui siégeait en ce point et qui s'est ulcérée à la suite d'applications de pommade à l'acide pyrogallique : elle s'est ensuite cicatrisée sous l'action du liniment oléo-calcaire aristolé, et elle a pris l'aspect qu'elle a en ce moment : elle est donc en voie de régression.

Sur la partie latérale droite du cou on trouve des lésions analogues, mais très diffuses, irrégulières, rosées, rouge vif, violacées, hémorrha-

giques, recouvertes d'une desquamation fine furfuracée, lamelleuse, avec des intervalles de peau blanche.

Tronc. — Le tronc dans son ensemble présente un aspect bigarré des plus frappants. Les lésions semblent y affecter la forme de médaillons arrondis ou ovalaires de diverses dimensions, de diverses teintes, d'épaisseur très variable, se détachant nettement sur la peau saine ou sur des plaques moins infiltrées plus récentes et surtout plus anciennes et en voie de régression. Ces éléments multiples, ainsi juxtaposés ou superposés, donnent lieu aux dessins les plus bizarres, les plus étranges, mais dont l'aspect général est circiné.

Vers la *clavicule droite* se trouve une série de lésions reproduisant en petit toutes celles du tronc. On y voit d'abord de petits espaces au niveau desquels la peau est blanchâtre et paraît être indemne à un premier examen superficiel. Mais, en l'observant avec plus d'attention, on ne tarde pas à se convaincre qu'elle est en réalité assez profondément altérée : en effet, elle est lisse, souple, comme amincie, parcourue de fines arborisations beaucoup plus nombreuses et beaucoup plus visibles qu'à l'état normal, et elle semble avoir subi par places un certain processus atrophique.

En certains points, on y remarque une sorte de piqueté jaune blanchâtre avec de très fines arborisations rouges intermédiaires; en d'autres, elle offre l'aspect de légères cicatrices superficielles. Ce sont là des vestiges de plaques éruptives disparues depuis un certain temps.

En d'autres points se trouvent de larges plaques au niveau desquelles les arborisations vasculaires sont beaucoup plus marquées : il en résulte une teinte rougeâtre assez accentuée; elles sont également parsemées de points blanchâtres cicatriciels et la peau semble amincie à leur niveau. Le processus de régression y est un peu moins avancé qu'aux régions dont nous venons de parler.

En d'autres points, se trouvent par contre des plaques en pleine évolution : elles sont arrondies, ovalaires, irrégulières; elles sont caractérisées par de la rougeur plus ou moins vive, par des arborisations, par de l'infiltration des téguments perceptible à la vue et au toucher. Leurs bords sont tantôt nettement arrêtés, tantôt diffus; tantôt elles sont sèches et sont alors recouvertes d'une fine desquamation furfuracée; tantôt on y trouve de petites surfaces irrégulières, suintantes, eczématiformes, avec vésicules ou croûtelles.

Par places se voient des placards arrondis ou ovalaires d'un rouge très intense, excoriés à leur centre, à vif, ou recouverts de lamelles et de croûtes, et au niveau desquels on trouve parfois de véritables phlyctènes dues au soulèvement de l'épiderme par de la sérosité. Lorsque ces surfaces excoriées sont à vif, elles saignent très abondamment et avec la plus grande facilité.

Toute la partie antérieure du thorax offre des lésions analogues; voici par exemple la description d'une grande plaque située au niveau de la région précordiale vers le mamelon gauche, plaque qui a été fort saillante il y a deux mois et demi, et qui s'est ulcérée, puis est entrée en régression à la suite d'une application de pommade à l'acide pyrogallique.

Cette plaque, ovalaire de forme, a au moins 12 ou 15 centimètres de

diamètre; elle englobe le mamelon à sa partie inférieure. Son bord interne et supérieur est arrondi, nettement arrêté : il faisait autrefois une saillie notable au-dessus du niveau des téguments voisins; actuellement, il ne s'en distingue plus que par sa coloration.

Cette plaque dans son ensemble est surtout caractérisée en ce moment : 1° par une teinte légèrement rosée, peut-être un peu pigmentée, assez inégale; 2° par un plissement marqué de l'épiderme dont la desquamation est fine, peu accentuée et même manque en certains points; 3° par des arborisations vasculaires à peine marquées, mais qui contribuent pour une bonne part à donner à la plaque son aspect érythémateux; 4° par un piqueté hémorrhagique peu abondant. Certaines régions de cette plaque sont plus prises que d'autres, de telle sorte qu'il existe à son niveau : 1° des points où le derme est blanchâtre, comme cicatriciel, lisse, zébré de quelques arborisations; 2° des endroits où il est plus rouge, légèrement squameux, parsemé de sortes de petites papules rouges minuscules, isolées ou groupées de façon à former des traînées irrégulières et qui n'existent qu'en certains points; il semble qu'elles constituent un des modes de production des lésions; 3° des points où le derme est un peu infiltré, eczématique d'aspect, légèrement suintant et recouvert de fines croûtelles; 4° des points où il est rouge vif, infiltré, excorié par places ou recouvert de croûtes. Ces points rouge vif infiltrés existent surtout vers la partie inférieure et externe de la plaque, vers le mamelon et vers l'endroit où elle se continue avec les plaques de la partie latérale gauche du tronc. Ces diverses lésions ne sont pas nettement limitées; elles sont irrégulières et diffuses.

Au peu au-dessus de l'appendice xiphoïde se trouve une plaque nacrée, parsemée d'un petit piqueté jaunâtre, de la grosseur d'une fine tête d'épingle, offrant tout à fait l'aspect d'une cicatrice de lupus miliaire.

Les deux mamelons sont envahis et infiltrés.

Sur l'abdomen les lésions offrent des aspects analogues : ce sont de fort nombreuses plaques enchevêtrées sans ordre aucun, arrondies, ovalaires, polycycliques par confluence, à divers degrés d'évolution : — 1° aplaties, sans aucune saillie, comme cicatricielles, parsemées de points jaune rougeâtre, semblant être enchâssés dans le derme et simulant de petits tubercules miliaires de lupus récidivés dans la cicatrice; — 2° plus rouges, parsemées de points hémorrhagiques, eczémateuses ou papuleuses lichénoïdes; — 3° nettement saillantes, plus ou moins infiltrées, sèches et squameuses, ou exulcérées et à vif.

Les poils du pubis sont tombés en partie : on trouve plusieurs petites plaques en activité sur sa moitié droite, et une vaste plaque rouge vif, suintante, excoriée, recouverte de squames et de croûtelles sur sa moitié gauche.

Le *dos* est encore plus atteint que la poitrine. Au niveau des cinq premières vertèbres dorsales, sur la partie médiane, existe une vaste plaque arrondie de 10 à 12 centimètres de diamètre en tous sens, d'un rouge intense livide, à bords assez peu nets, à centre très épaissi et très infiltré, parsemée d'exulcérations superficielles qui donnent lieu à un abondant suintement sanguinolent.

Les *deux épaules* sont recouvertes d'une vaste nappe continue de lésions,

au niveau de laquelle on retrouve tous les degrés que nous avons déjà signalés de la maladie : peau lisse luisante, par places blanchâtre pseudo-cicatricielle, parsemée de légères rougeurs, de pointillés hémorrhagiques, par places d'un rouge jaunâtre, café au lait, épiderme lisse, plissé, en desquamation furfuracée, ou lamelleuse sèche et foliacée; vers l'articulation de l'épaule, infiltration plus marquée, et même quelques plaques ovalaires saillantes, offrant une rougeur plus vive. Ces vastes plaques se confondent en avant, sans démarcation nette, avec les lésions des régions claviculaires : elles sont limitées à leur partie postérieure et inférieure, par des bords circinés arrêtés, au niveau desquels elles présentent, en quelque sorte collées à leur surface, quelques plaques plus rouges infiltrées à limites peu précises.

Sauf une bande irrégulière de peau saine qui forme un immense fer à cheval, étranglé à son centre et dont une des extrémités se trouve vers l'angle inférieur de l'omoplate gauche, l'autre vers la partie médiane de la moitié droite du dos, *toute la partie postérieure du tronc* est occupée par des lésions de la même nature que celles de l'abdomen, mais beaucoup plus accentuées. Leurs bords sont également arrondis ou circinés : ils se détachent fort nettement en haut sur la bande de peau saine que nous avons décrite. On y retrouve les teintes et les infiltrations diverses dont nous avons parlé plus haut.

Les lésions atteignent leur maximum à la région lombaire et sur les fesses : on y trouve de nombreuses plaques ulcérées : elles y sont cependant beaucoup moins fréquentes qu'il y a un mois. A cette époque, toute cette surface n'était qu'une vaste plaie : elle s'est rapidement cicatrisée sous l'influence de pansements avec le liniment oléo-calcaire aristolé. Actuellement elle est bien moins infiltrée : elle présente néanmoins çà et là de l'épaississement marqué des téguments dont la teinte est rouge vif par places et par moments violacée et un peu livide.

Les lésions des *parties latérales du tronc* sont analogues à celles des régions antérieures et postérieures; on y trouve en haut, au niveau du thorax, quelques espaces de peau saine en apparence et des plaques arrondies ou ovalaires diversement groupées et à divers degrés d'évolution. Vers l'abdomen, au contraire, les lésions sont beaucoup plus accentuées et confluentes.

Les aisselles sont occupées par des nappes rouges diffuses, non ulcérées, peu infiltrées : les poils y sont peu abondants et sont probablement tombés.

Parties génitales. — On trouve quelques plaques rouges disséminées çà et là sur le fourreau de la verge, sur le gland, sur le scrotum. Elles ne présentent rien d'important à noter.

Membres supérieurs. — Sur le *bras gauche* il n'y a pour ainsi dire pas de plaques de peau saine, sauf en un point minuscule situé vers la face externe, irrégulier et de un centimètre à peine de diamètre. Sur tout le reste de l'étendue on retrouve des lésions confluentes consistant, comme sur le tronc, en une sorte de nappe diffuse au niveau de laquelle le derme est rosé, rouge, rouge jaunâtre, légèrement blanchâtre par places, arborisé, parsemé d'un piqueté hémorrhagique. Sur ce fond, assez peu uniforme comme on le voit, et dont la teinte varie d'un jour à l'autre, je dirai presque

d'un moment à l'autre de la journée, existent, disséminées sans ordre aucun, des rougeurs irrégulières, papuleuses par places, par places formant des plaques à peine infiltrées ou de véritables infiltrations rouges ou d'un rouge jaunâtre, saillantes, non ulcérées, squameuses, ou bien rouge vif, exulcérées, suintantes, recouvertes de croûtelles. Partout où les lésions sont sèches, l'épiderme desquame abondamment en lamelles de dimensions variables, mais en général assez grandes, foliacées, très minces, nacrées, frisottantes, adhérentes par un de leurs bords, flottantes dans presque toute leur étendue, ressemblant en un mot à la desquamation de la dermatite exfoliative, ou de l'érythème desquamatif scarlatiniforme.

En avant du biceps se trouve une grande plaque d'infiltration arrondie, rouge vif, présentant par places des soulèvements phlycténulaires, par places des excoriations. Vers la région olécrânienne la peau semble être amincie ; elle n'offre qu'une légère teinte rosée : elle est sillonnée de plis transversaux parallèles, plus rouges, vascularisés, et est recouverte d'une abondante desquamation furfuracée et foliacée.

Le *bras droit* offre des lésions analogues, mais moins accentuées.

Les *deux coudes* sont presque indemnes dans le sens de l'extension, vers l'olécrâne ; les plis articulaires sont au contraire envahis.

L'*avant-bras gauche* présente des lésions analogues à celles du bras : on y retrouve la même rougeur bigarrée, la même desquamation foliacée abondante. Çà et là on y remarque des sortes de petites phlyctènes disséminées sur un fond rouge vif. Les lésions sont moins accentuées à la face interne qu'à la face externe. Lésions absolument analogues à droite.

Il semble que les tissus profonds de la face palmaire de la *main gauche* aient subi une sorte d'épaississement général, de telle sorte que la peau semble être tendue comme un gant au-dessus d'eux : cette peau est fine, amincie, en pelure d'oignon, comme transparente, parsemée de sortes de tractus blanchâtres qui lui donnent un aspect général d'atrophie. On y voit çà et là de petites plaques rouges avec desquamation furfuracée. Vers la racine de l'annulaire existent deux plaques eczémateuses excoriées.

La face dorsale de la main gauche est plus rouge dans son ensemble que la face palmaire ; elle est parsemée de plaques eczémateuses nombreuses, excoriées çà et là, recouvertes de squames et de croûtelles.

La *face palmaire des doigts* de la main gauche est lisse, luisante, brillante ; l'épiderme y est plissé, la peau y paraît être extrêmement amincie : elle y est fort sensible et n'offre pas de desquamation visible. Nous y avons constaté à plusieurs reprises des plaques eczémateuses, des excoriations, des ulcérations. Les doigts dans leur ensemble sont comme effilés, amincis, et ont un faux air de sclérodermie, mais la peau est fine, lisse, souple, mobile sur les parties sous-jacentes. La face dorsale des doigts a des caractères analogues à ceux de la face dorsale de la main : la peau y est plus colorée qu'à la face palmaire et parsemée de plaques eczémateuses nombreuses, excoriées, recouvertes de squames et de croûtelles. L'index est maintenu fléchi à angle droit par une bride cicatricielle ancienne consécutive à un traumatisme : mais les autres doigts gardent également un certain degré de flexion et le malade ne peut les mouvoir qu'avec une assez grande difficulté. Il y a un mois ces mouvements étaient particu-

lièrement douloureux et pour ainsi dire impossibles : il est vrai qu'à cette époque les mains dans leur presque totalité ne formaient plus qu'une plaie.

La *main droite* est plus atteinte que la gauche. L'espèce de tuméfaction que nous avons signalée au niveau de celle-ci y est encore plus accentuée. Le malade éprouve une sensation marquée de gêne et de raideur ; il ne peut fermer la main, et c'est avec beaucoup de peine qu'il ébauche divers mouvements et qu'il remue ses doigts. A la face palmaire les téguments sont lisses, luisants, amincis, comme tendus sur les parties sous-jacentes : ils se plissent sous la moindre pression, sont doués d'une grande sensibilité et paraissent toujours prêts à se rompre. Comme à la main gauche ils semblent être rayés de petits plis longitudinaux mobiles, dus au plissement variable de la peau amincie suivant les divers mouvements. Ces plis se retrouvent également sur la face dorsale de la main et des doigts : ils y affectent surtout la direction transversale. La peau de la face dorsale de la main est plus colorée que celle de la face palmaire ; elle est recouverte d'une très fine desquamation qui devient à peine visible à la face dorsale des doigts. Il y existe un peu partout, comme à gauche d'ailleurs, des plaques eczémateuses, des rougeurs variables de teinte et d'étendue, des exulcérations, des érosions suintantes, et même de véritables plaies à vif, superficielles, mais étendues, recouvertes de croûtes jaunâtres et épaisses : elles siègent surtout à la base du pouce, sur sa face dorsale, à sa face palmaire, vers le sillon radio-carpien, et à la face palmaire de la première phalange de l'index.

Les *ongles des deux pouces* sont tombés il y a environ cinq mois et se sont actuellement reformés. Celui du pouce droit est assez irrégulier, sillonné de plis et de bosselures transversales. Celui du pouce gauche est fort irrégulier et présente au contraire d'assez profonds sillons longitudinaux très accentués à sa partie médiane. Les ongles des autres doigts sont un peu jaunâtres, bosselés et offrent quelques stries transversales.

Membres inférieurs. — Les membres inférieurs sont envahis dans leur totalité. C'est à peine si l'on trouve quelques petits espaces de peau saine en apparence, çà et là disséminés sur leur face antérieure et externe, au niveau des creux poplités et vers la face antérieure des tibias. Les lésions dans leur ensemble sont analogues à celles du tronc et des membres supérieurs ; elles offrent néanmoins ceci de particulier que les plaques d'infiltration y sont d'une façon générale de bien moindres dimensions. C'est ainsi qu'à la face antérieure et externe des cuisses, sur un fond bigarré rosé, rouge, rouge jaunâtre, blanchâtre, aminci et comme atrophique par voie de régression en certains points, on trouve des taches hémorrhagiques très inégalement réparties, de petites plaques eczémateuses assez rares, suintantes, croûtelleuses, des sortes de petits éléments rosés, pseudo-papuleux, miliaires, des papules rouges disséminées ou confluentes, de petites plaques rouge jaunâtre, un peu livides, lichénoïdes, nummulaires, fort nombreuses, de la grandeur moyenne d'une pièce de 50 centimes, enfin des plaques rouges, rouge vif, rouge livide par moments ou par périodes, plus ou moins infiltrées, quelques-unes fort saillantes, en macarons, formant de véritables tumeurs, certaines excoriées, à vif, hémorrhagiques, ou recouvertes de croûtes. Les lésions sont analogues,

mais encore plus marquées et parfois un peu plus livides à la face postérieure. A la face interne elles sont très accentuées, d'un rouge vif presque uniforme, et sont recouvertes de minces lamelles foliacées très abondantes. D'ailleurs les cuisses dans leur totalité, sauf aux endroits ulcérés, présentent une desquamation sèche, pityriasique par places, plus souvent lamelleuse, semblable à celle des bras.

Au niveau des *genoux* se trouvent des placards exulcérés et suintants.

Les *jambes* sont presque identiques d'aspect aux cuisses, seulement la teinte de l'éruption y est plus livide lorsque le malade se lève et se tient debout pendant un certain temps, grâce à l'action de la pesanteur. Leur face antérieure est peu prise; on y remarque même quelques espaces de peau en apparence indemne; partout ailleurs elles présentent une rougeur rosée, rouge vif, rouge livide, parsemée de sortes de petites papules peu saillantes d'un rouge plus vif, de plaques rouges peu infiltrées et de quelques rares placards exulcérés, hémorrhagiques, suintants. Toutes les régions sèches sont également ici le siège d'une abondante desquamation.

La *face dorsale des pieds et des orteils* présente une rougeur diffuse, peu accentuée, et une desquamation furfuracée. Sur ce fond se voit une éruption très inégalement répartie de sortes de papules, du diamètre moyen d'une petite lentille, isolées ou groupées par places, légèrement saillantes et d'un rouge vif. Au-dessous de la malléole interne à droite existe une ulcération assez profonde recouverte d'une croûtelle; il y en a une deuxième analogue vers le cou-de-pied.

A la *face plantaire des pieds* la rougeur des téguments est peu accentuée, diffuse, cachée par places par de vastes lambeaux épais d'épiderme corné en desquamation surtout vers le talon et la tête des métatarsiens. Vers les espaces interdigitaux et la face plantaire des orteils se voient des plaques rouges excoriées, au niveau desquelles existent même çà et là d'assez larges phlyctènes. Vers le petit orteil droit, il y a une ulcération du volume d'un gros pois qui s'est développée sur un ancien durillon.

Toutes ces lésions rendent la plante des pieds un peu douloureuse, et le malade ne peut marcher qu'avec une certaine difficulté.

Les *ongles* des orteils sont raboteux, irréguliers, déformés, mais ne présentent aucune lésion caractéristique; d'après le malade, les ongles des mains et des pieds croîtraient plus rapidement qu'avant le début de l'affection.

Le malade ne présente en aucun point de l'anesthésie : il semble plutôt qu'il existe surtout au niveau de certaines régions très altérées, ou qui l'ont été, un léger degré d'hyperesthésie au contact ou à la piqûre. Dès qu'il se déshabille, il éprouve une impression marquée de froid et de frissonnements. Jamais il n'a ressenti la moindre démangeaison : ce fait est très remarquable; C... est on ne peut plus explicite à cet égard.

Un autre symptôme assez important, c'est l'odeur fétide qu'il exhale, odeur tellement forte par instants que les personnes qui l'environnent en sont incommodées.

Les viscères paraissent sains : les bruits du cœur sont normaux : l'auscultation ne décèle rien dans les poumons : la matité de la rate est nettement perceptible : le foie ne paraît pas augmenté de volume. L'appétit est

fort diminué depuis deux mois environ. Les ganglions de l'aine sont un peu tuméfiés des deux côtés : ils sont indolents.

Depuis le début de l'éruption les fonctions génésiques ont notablement diminué; elles n'existent pour ainsi dire plus depuis l'été de 1890.

Il n'y a jamais eu dans les urines ni sucre ni albumine : leur quantité est normale.

L'analyse du sang faite au point de vue des globules a donné 4 991 000 globules rouges et 9 980 globules blancs par millimètre cube : il n'y a donc pas de leucocytose.

Depuis le mois d'avril, ainsi que nous l'avons dit plus haut, nous avons eu le malade en observation, et nous avons vu évoluer une énorme quantité de plaques infiltrées soit spontanément soit sous l'influence d'applications de pommade à l'acide pyrogallique au quinzième qui amenait fort rapidement l'ulcération des points atteints : on pansait ensuite les plaies avec du liniment oléo-calcaire aristolé et on en obtenait en peu de jours la cicatrisation : les lésions s'affaissaient rapidement et entraient en régression. C'est ainsi qu'ont été successivement traitées le 17 avril la grande plaque mammaire gauche, le 27 avril les plaques saillantes du visage, le 20 mai les plaques de la région lombaire, le 15 juin la grande plaque de la partie latérale gauche du cou, les 20 et 21 juin certaines plaques des mains, etc...

Par contre, d'autres plaques se sont spontanément affaissées : c'est ainsi que nous avons vu la tumeur de la partie latérale gauche de la racine du nez, laquelle vers la fin d'avril était saillante, du volume d'une aveline, mamelonnée, et même lobulée, rouge, violacée, et qui donnait au toucher la sensation d'un noyau dur, profondément infiltré, nous l'avons vue, disons-nous, s'affaisser peu à peu par résorption graduelle, et s'aplatir sans s'ulcérer.

Le traitement interne a consisté depuis le 17 avril en injections sous-cutanées faites tous les deux jours environ avec un mélange à parties égales de liqueur de Fowler et d'eau distillée de laurier-cerise : on commença par injecter deux gouttes de ce mélange et on arriva progressivement le 29 avril à en injecter 8 gouttes. On continua à cette dose jusqu'au 8 mai. A cette époque on se servit d'une solution renfermant un milligramme d'arséniate de soude pour deux gouttes de liquide. Le 25 mai, on en injectait douze gouttes, c'est-à-dire 6 milligrammes. A cette époque on fut obligé d'interrompre, car le malade ne put se rendre pendant quelques jours à l'hôpital à cause de l'état de la région lombaire qui ne formait plus qu'une vaste ulcération.

Les injections furent reprises le 15 juin à la dose de 15 gouttes et portées progressivement jusqu'à 20 gouttes le 22 juin; on a continué jusqu'à la fin de juin à cette dose. Ces injections ont toujours été merveilleusement supportées. Le malade n'a jamais eu encore de diarrhée.

Cette observation me semble présenter au point de vue clinique quelques particularités réellement intéressantes et que je crois devoir mettre en relief.

1° C'est d'abord et avant tout l'extrême mobilité des lésions qui évoluent avec une grande rapidité, naissent, s'accroissent et se

résorbent en quelques semaines, parfois même en quelques jours;

2° Leur mode de production soit par des nappes rouges érythémateuses assez uniformes, soit par des sortes de petits éléments papuleux isolés d'abord, puis confluents;

3° Leur configuration arrondie ou ovalaire, parfois irrégulière par confluence; leur infiltration variable, et qui arrive parfois à simuler de véritables macarons enchâssés dans les téguments, sans qu'il y ait jamais eu d'éléments très volumineux, très saillants, vraiment dignes du nom de tumeur;

4° Leur tendance à l'exulcération soit spontanément, soit sous l'influence de topiques irritants, puis à la cicatrisation et à la disparition graduelle : disparition qui peut se produire également spontanément et sans la moindre ulcération par un processus de simple résorption;

5° L'aspect spécial que prennent les plaques en voie de résorption au niveau desquelles la peau semble s'amincir à mesure qu'elle blanchit, de telle sorte que l'on a des sortes de taches à peine rosées, sillonnées d'arborisations vasculaires, parfois parsemées de points jaunâtres ressemblant à des tubercules miliaires de lupus, puis des taches blanchâtres nacrées, au niveau desquelles les téguments semblent être amincis, atrophiques, cicatriciels, recouverts d'un épiderme transparent en pelure d'oignon; inutile d'ajouter qu'il peut y avoir plusieurs repullulations de lésions sur ce fond déjà atteint;

6° La tendance qu'ont toutes ces lésions à se compliquer d'éléments purpuriques, et à saigner assez abondamment quand elles s'exulcèrent;

7° La diffusion énorme de l'éruption et l'abondance de la desquamation lamelleuse dont elle se complique sur presque toute son étendue, mais surtout sur les membres;

8° Les vésicules dysidrosiques profondes si insolites que nous avons constatées sur le nez, et qui rappelaient un peu des éléments de lymphangiome caverneux;

9° Les altérations si accentuées des mains et des pieds et la chute des ongles des deux pouces;

10° L'intégrité presque complète des cheveux et de la barbe;

11° Un certain degré d'alopécie aux sourcils, aux aisselles et au pubis;

12° Les altérations de la muqueuse buccale;

13° L'hypertrophie des ganglions inguinaux;

14° Enfin et surtout l'absence totale de prurit.

Les résultats fournis par l'examen histologique et par les cultures et les inoculations expérimentales seront publiés ultérieurement.

ÉRUPTION GÉNÉRALISÉE CONSÉCUTIVE A DES FRICTIONS TÉRÉBENTHINÉES LOCALES

(FRICTIONS SUR LA JAMBE GAUCHE AVEC 3/4 DE LITRE D'ESSENCE DE TÉRÉBENTHINE, RÉPÉTÉES A PLUSIEURS REPRISES, LYMPHANGITE, PHLYCTÈNES, ETC.)

Par **A. Morel-Lavallée,**

Ex-chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis.

Le nommé Liad..., (Guillaume), 59 ans, valet de ferme soignant les bestiaux, est entré le 19 juillet 1890 à l'hôpital Saint-Louis dans le service du professeur Fournier, salle Saint-Louis, n° 28, pour une éruption dont voici l'histoire :

Le 14 *juillet*, il se donne une entorse du pied gauche. Sur le conseil d'un ami, il se fait dans la journée trois vigoureuses frictions avec l'essence de térébenthine, et la nuit, comme aussi le jour suivant, il s'enveloppe la jambe de compresses imbibées de térébenthine et recouvertes d'ouate. Il couchait sur le foin, ayant très chaud, et enveloppé la nuit par une épaisse buée exhalant si fortement l'odeur de la térébenthine qu'il en était empêché de dormir.

Dès le lendemain, 15 juillet, la jambe était énorme et toute rouge; il continua néanmoins les compresses la nuit suivante, si bien qu'il fit usage en tout de trois demi-setiers (3/4 de litre) d'essence de térébenthine.

Dans la nuit du 15 au 16, il fut pris d'une transpiration tellement abondante « qu'il se croyait dans un bain de vapeur » ; il dut changer de chemise et le lendemain, au réveil, il s'aperçut qu'il était couvert de boutons. Il entra pour ce fait à l'hôpital le 19, et voici l'état dans lequel nous le trouvons le 21 au matin : La jambe gauche, jusqu'au tiers supérieur, est énormément tuméfiée, d'un rouge vineux, gardant l'empreinte du doigt, ne se décolorant pas à la pression. Sur le fond rouge se détachent çà et là quelques pustules d'inégal volume ; mais ce qui domine, c'est une quantité d'excoriations ; il y a même, au-dessus de la malléole interne, une ulcération profonde, irrégulière, longue de 5 à 6 centimètres, résultant évidemment d'un sphacèle de la peau à ce niveau. — Il faut dire que cet homme est atteint d'une varicose bilatérale qui a dû diminuer ici la résistance vitale des tissus, et ce sphacèle s'est précisément produit à un endroit qui fut, l'an dernier, le siège d'une hémorrhagie veineuse presque incoercible. Cette jambe a également été déjà affectée, vers la même époque, d'une poussée de lymphangite. Or c'est bien aujourd'hui à une lésion du même ordre que nous avons affaire, ainsi que l'attestent l'aspect du membre et l'énorme

adénopathie multiganglionnaire du triangle de Scarpa. Seulement cette lymphangite s'est compliquée, en un point, de sphacèle, tandis qu'un peu au-dessous une gigantesque phlyctène, partant du sommet de la malléole interne pour envahir la plante du pied, vient former dans l'épiderme mamelonné un véritable lac purulent.

Mais là n'est pas l'intérêt de la dermite de notre malade. Si on le découvre entièrement, on voit que ses membres supérieurs, et à un moindre degré les parties latérales du thorax et la région prétibiale droite sont couverts d'une éruption eczématiforme groupée en placards inégaux, et dont l'élément initial présente nettement le type papuleux. A la loupe seulement, sur les placards agminés des avant-bras, on aperçoit de minuscules pustules, tandis qu'aux poignets et au dos des mains, — où l'éruption atteint son maximum, — les papules se détachent sur un fond érythémateux turgescent. Sur les mêmes points, on aperçoit aussi d'inégales bosselures rénitentes formées par une série de phlyctènes cohérentes, non encore crevées, fermes, résistantes, pleines d'un liquide citrin transparent, et qui donnent absolument l'idée de la vésication au début.

Ainsi, pour nous résumer, voici un homme qui a fait des frictions sur sa jambe avec de l'essence de térébenthine pure employée en grande quantité. La jambe seule s'est d'abord enflammée. Puis il a emprisonné cette jambe dans un bain de vapeur térébenthinée largement alimenté d'essence, et alors, à la suite d'une transpiration énorme, il s'est vu couvert d'une éruption érythémato-*papuleuse* généralisée, avec production de phlyctènes, voire de pustules sur les points les plus irrités, par exemple sur les mains qui ont dû manier le caustique.

La question qui se pose est celle-ci : La lymphangite compliquée de la jambe étant mise hors de cause, s'agit-il, pour le reste du corps, d'une éruption propagée par le grattage et inoculée de proche en proche, — ainsi qu'il arrive pour la dermite thapsiaque ; — ou bien le pseudo-eczéma observé ici est-il de cause interne, éclatant au moment où l'intoxication, ayant accumulé ses effets dans l'économie, est devenue tout d'un coup assez puissante pour provoquer la crise réactionnelle cutanée? Nous penchons pour ce dernier avis, d'abord à cause de l'étendue et de la disposition uniforme, assez régulière de l'éruption, puis en raison des commémoratifs dus au récit du malade (homme d'ailleurs peu intelligent et qui n'a même pas pu nous dire s'il avait remarqué que son urine eût présenté une odeur anormale). En effet, tant qu'il n'y a eu que des frictions, la dermite est restée localisée au membre « traité » ; mais quand l'enveloppement dans des compresses imbibées d'essence est venu permettre une absorption suffisante, alors s'est produite une congestion de toute l'enveloppe cutanée, laquelle s'est traduite par des sueurs profuses, et par une démangeaison si formidable, que le malade dit

avoir passé la plus grande partie de la nuit à « se gratter au point de s'écorcher vif ».

Il y aurait encore une troisième hypothèse pathogénique. L'agent irritant ayant produit au siège *limité* de son application une dermite répondant à un certain type dermatologique, l'impression centripète qui en résulterait pour les centres nerveux ne pourrait-elle se réfléchir sur le tégument externe d'une façon telle que la réaction cutanée se traduisît par une éruption généralisée constituée suivant le même type dermatologique que l'éruption initiale? Toutefois l'hypothèse *pathogénétique*, comme disait Bazin, est la plus vraisemblable, surtout pour les cas où l'on voit, comme dans les hydrargyries par frictions, des signes non douteux d'absorption mercurielle.

Dans l'observation présente, le malade n'avait jamais eu antérieurement d'affection cutanée, n'était pas sujet à l'urticaire. Aujourd'hui il n'a pas d'érythème bucco-pharyngé, ni de catarrhe oculo-nasal, ni même de rougeurs à la face. Il n'accuse aucune douleur de rein ni de vessie. Son urine n'a pas d'odeur spéciale.

... Des bains d'amidon et des émollients locaux eurent vite raison de la lymphangite d'abord, de l'éruption ensuite, et le malade est sorti guéri le 5 août.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 9 JUILLET 1891. — PRÉSIDENCE DE M. LAILLER

Compte rendu analytique.

Excision du chancre syphilitique.

M. Jullien. — A propos du fait d'excision infructueuse de M. Mauriac, (Cf. *Annales de Dermat. et de Syph.*, p. 531), je tiens à dire que ces faits sont connus des partisans de l'excision. Mais il en est d'autres qui maintiennent leur conviction. Voici deux cas qui présentent deux types bien différents, bien que recueillis en des conditions en apparence identiques.

Le premier a trait à un étudiant dont j'avais reconnu la maîtresse syphilitique. Des démangeaisons parurent le 22 décembre; le 27, une papule survint; le 30, elle était recouverte d'une croûtelle et je l'excisai. La plaie, fermée par trois points de suture, se réunit primitivement, mais au quinzième jour une induration la doubla et au cinquante-cinquième jour apparaissait une papule cuivrée.

Dans le second cas, j'enlevai un chancre au treizième jour de son apparition; il était rond, à fond couenneux, à base indurée et il y avait un petit ganglion : *aucun accident ultérieur ne fut observé.*

Que conclure ? Je sais parfaitement les objections qui peuvent être faites : caractères indécis de l'ulcère, adénite douteuse, extirpation tardive, défaut de confirmation ultérieure, durée trop courte de l'observation. On voudra bien cependant ne pas oublier : 1° que si nous nous trouvions en présence d'un chancre parfaitement confirmé avec ganglions décisifs, nous nous abstiendrions; 2° que lorsque nous sommes assez heureux pour juguler l'infection, nous nous enlevons par cela même tout critérium de démonstration. On nous objecte les cas de chancres non suivis de lésions secondaires, les incubations secondaires indéfiniment prolongées et, finalement, on nous renvoie aux tertiaires. Je n'ai pas la prétention, d'ailleurs, de vous avoir présenté un de ces cas heureux qui forcent la conviction, d'autant plus que, si je crois aux succès incontestables, je ne sache pas qu'il y en ait d'incontestés.

M. Hallopeau. — Rien ne prouve de façon certaine que, dans le cas de M. Jullien, il se soit agi d'un chancre induré.

M. Barthélemy. — Je ne crois guère aux succès de l'excision; un certain nombre de chancres syphilitiques ne sont jamais suivis d'accidents syphilitiques, ce sont les cas de syphilis fruste, d'Aubert, de Leloir, etc., etc.

M. A. Renault. — Cela a été le cas d'un médecin qui, après un chancre induré des plus nets, malgré une observation très attentive, n'a jamais constaté d'accidents secondaires. Et pourtant, dix ans après son chancre, il eut une gomme du voile du palais.

Cas de mycosis fongoïde.

Par MM. Brocq et Matton

Voir l'observation de ce cas publiée *in extenso* page 583.

M. E. Besnier. — Le malade de M. Brocq met bien en évidence la multiformité de l'affection. Ici la maladie a évolué rapidement; mais il n'en est pas toujours de même, et on peut voir une affection du même type évoluer en quinze ou vingt années. C'est le cas d'un de mes malades, que j'ai soigné d'abord pour des éruptions eczémateuses et psoriasiformes qui, au bout de plusieurs années seulement, ont fini par prendre l'aspect du mycosis; et d'un autre à qui je donne des soins depuis dix ans pour une « urticaire chronique », laquelle est actuellement démasquée depuis fort peu de temps; cela sans préjudice des autres faits du même ordre que j'ai déjà cités ou publiés.

Je me propose pour l'avenir de mettre à l'étude le traitement par le naphtol camphré, *intùs et extrà;* j'ai fait récemment le diagnostic de mycosis fongoïde pour un cas de sarcome du membre supérieur qui avait nécessité plusieurs opérations partielles et pour lequel on pensait à désarticuler l'épaule : je conseillai des applications de naphtol camphré qui amenèrent la momification et la chute d'une grande partie de la néoplasie.

J'avais déjà employé le naphtol camphré à l'intérieur dans le cas de farcin aigu que j'ai relaté à l'une des précédentes séances; malheureusement il y avait des lésions rénales qui m'ont obligé rapidement à interrompre la médication. Mais les applications locales n'en produisirent pas moins un amendement notable des lésions.

M. Brocq. — Je ne me suis pas servi ici du naphtol camphré parce que les tumeurs sont encore peu volumineuses, mais je ne manquerai pas d'y recourir le cas échéant.

M. A. Renault. — A quelles doses M. Besnier emploie-t-il le naphtol camphré à l'intérieur?

M. Besnier. — Je l'emploie sous forme de capsules contenant une goutte. On peut aller jusqu'à cinq de ces capsules et peut-être dépasser ce nombre si le rein n'est pas malade. Localement, on peut l'appliquer en nature avec des boulettes de coton hydrophile imprégnées de naphtol camphré pur. Mais dans les deux cas, la prudence et la surveillance sont de rigueur.

M. Hardy. — Il semble que chez le malade de M. Brocq il y ait association de troubles nerveux : la main est en *griffe* et ses téguments ont un aspect qui rappelle la sclérodermie.

M. Brocq. — Cet état s'est constitué peu à peu et me paraît imputable aux éruptions successives qui ont siégé sur la main et ont fini par laisser un état cicatriciel.

Sur un cas de sarcome de l'isthme du gosier et du pharynx.

M. Hallopeau. — Ces tumeurs sont fort rares et d'un diagnostic très difficile, au moins dans les premières phases de leur évolution. Les divers médecins qui ont examiné le malade que je vous présente, l'ont tour à tour considéré comme atteint de syphilis, de lupus, d'amygdalite

ulcéro-membraneuse ou herpétique, de morve, de rhinosclérome, de tumeurs fibreuses bénignes, de lymphadénomes, d'épithéliomes, d'une maladie nouvelle. C'est avec le rhinosclérome que l'analogie a été la plus grande : l'isthme du gosier présentait en effet un aspect tout particulier que l'on n'observe guère que dans cette maladie, les deux amygdales dégénérées étaient excavées en forme de croissant à concavité interne; leur dureté rappelait celle du cartilage. Les résultats négatifs des recherches bactériologiques pratiquées par M. Jeanselme ont montré qu'il ne s'agit pas d'un rhinosclérome et les examens histologiques faits parallèlement par MM. Cornil et Jeanselme ont permis de poser le diagnostic de sarcome.

M. Du Castel. — Rien n'est plus difficile en histologie que de différencier le sarcome du lymphadénome, et en raison de la rareté des sarcomes purs de cette région, je croirais plus volontiers à un lympho-sarcome.

Traitement du rhinosclérome.

M. Ernest Besnier. — Vous vous rappelez que dans la dernière séance je vous ai montré cette malade atteinte d'une forme typique de rhinosclérome dont voici le moulage pièce 1 645 du musée de Saint-Louis. Nous avions d'abord formé, M. le docteur Le Bec et moi, le projet de détruire chirurgicalement le néoplasme; mais l'étendue énorme de ce néoplasme qui plonge profondément dans le pharynx, et qui occupe la totalité de l'appareil nasal et de la lèvre supérieure, nous ont obligés de renoncer à ce projet qui aurait nécessité une mutilation inacceptable.

La malade étant entrée dans mon service, j'ai commencé immédiatement, il y a aujourd'hui douze jours, le 27 juin, le traitement préliminaire destiné à arrêter l'envahissement du néoplasme à la peau, nez et lèvre supérieure et à rétablir le passage de l'air par les cavités narinaires.

Je suis arrivé aisément à ces premiers résultats à l'aide du chlorure de zinc, introduisant des flèches à l'aide de ponctions dans le néoplasme, successivement et par un véritable travail de mine.

On peut voir, aujourd'hui, la tumeur labiale et narinaire presque à niveau, la cloison épaissie, mais libre et deux canaux béants dans lesquels je maintiens en permanence de grosses sondes du calibre de 20 à 25 de nos filières.

Ce résultat est en lui-même très satisfaisant, mais je ne le considère que comme préliminaire et éventuel, car la végétabilité du néoplasme est tellement active qu'il ne faudrait que peu de semaines pour voir se combler tous les vides que j'ai faits si on interrompait l'action.

Toutefois, je juge ces premiers résultats encourageants, et peut-être serons-nous plus heureux dans ce cas que dans ceux que contient jusqu'à présent l'histoire du traitement du rhinosclérome.

Bactéries du rhinosclérome.

M. L. Jacquet. — M. E. Besnier ayant bien voulu me confier l'examen bactériologique de la malade dont il vient de parler, j'ai fait avec le suc prélevé au centre d'un fragment excisé avec précaution, des ensemencements sur divers milieux (gélose, gélatine, bouillon de bœuf, pomme de terre); j'ai pu ainsi isoler deux microbes bien distincts :

1° Un organisme en chaînettes dont les caractères morphologiques sont identiques à ceux du streptocoque pyogène;

2° La bactérie que Frisch a découverte et qui a été étudiée après lui par Pellizzari, Cornil, Alvarez, Paltauf et Eiselsberg, etc. C'est un bacille court, se cultivant aisément à la température de la chambre, ne liquéfiant pas la gélatine et y produisant par piqûre une culture en *clou* caractéristique. Ce microbe n'est pas doué de mouvements; il se colore aisément par les diverses couleurs d'aniline, il se décolore par le procédé de Gram. Sur les tissus on le trouve entouré d'une capsule qu'il perd sur les milieux de culture : j'en ai pourtant obtenu d'encapsulés à la première génération.

Ce sont là, comme on l'a remarqué depuis longtemps, les caractères du microbe de Friedländer. Cependant les expériences de Paltauf et Eiselsberg semblent assigner à la bactérie de Frisch une virulence moindre qu'à celle de Friedländer. Les inoculations que j'ai pratiquées sur le cobaye et la souris semblent jusqu'ici confirmer cette donnée. Il n'est donc peut-être pas encore permis d'identifier absolument ces deux microbes.

Quant à son rôle dans la pathogénie du rhinosclérome, il n'est pas établi de façon absolument certaine; on n'a pas encore réussi à réaliser expérimentalement une néoplasie analogue à celle qui constitue l'affection; il ne faut pas oublier que MM. Netter et Thost ont démontré l'existence à l'état normal dans la salive et le mucus nasal, de l'organisme de Friedländer très probablement identique à celui de Frisch. Il est donc possible, comme l'a dit M. Netter, qu'il s'agisse d'une pénétration secondaire de la tumeur par les bacilles; j'en dirai autant du streptocoque que j'ai trouvé associé à la bactérie de Frisch; il est fort probable que sa pénétration date des tentatives opératoires qu'a subies antérieurement la malade.

M. Netter. — J'ai pu étudier dans le mucus nasal et les cultures que m'a remis M. Jacquet, la morphologie du microbe de Frisch et j'ai pu m'assurer aussi qu'il semble bien y avoir identité avec le microbe de Friedländer. On a invoqué, il est vrai, quelques différences; la persistance des capsules à la première génération de cultures, l'aspect plus transparent de la tête du *clou*, la virulence moindre. Tous ces caractères sont peu importants. En ce qui concerne le principal d'entre eux, la virulence, je dois ajouter que je l'ai trouvée assez variable sur des microbes de Friedlander de provenances diverses. Étant donnée la constance du bacille encapsulé dans tous les cas de rhinosclérome, il n'est guère possible de lui refuser un rôle pathogène en dépit des insuccès expérimentaux.

Il est plus légitime d'admettre que cet organisme, après être resté longtemps inoffensif dans le nez, devient l'origine d'un rhinosclérome comme ailleurs il cause une broncho-pneumonie, une otite, une méningite, etc., on s'explique toutefois difficilement que la maladie ne s'observe qu'en certaines régions déterminées telles que l'Amérique du Sud, l'Autriche-Hongrie, l'Italie et la Russie.

M. E. Vidal lit une observation de rhinosclérome durant depuis dix-huit ans, ayant envahi le nez, la lèvre supérieure, le voile du palais, les piliers, l'épiglotte et le larynx. Il se produisit des accidents de suffocation qui nécessitèrent la trachéotomie. C'est un exemple bien frappant de la longue durée du rhinosclérome, de son peu de tendance à la généralisation

et de la possibilité de conservation d'un bon état général, malgré des lésions relativement considérables.

Syphilide serpigineuse géante.

M. E. Besnier. — Le malade que je vous présente est un facteur âgé de trente ans, atteint de syphilide serpigineuse géante formant trois placards : un sur la cuisse droite, un sur le flanc droit et le troisième sur le dos, entre les épaules.

Ces trois placards, de dimensions extraordinaires, ont débuté, il y a quatorze mois, par trois « boutons » dont le malade s'est aperçu à cinq ou six jours d'intervalle.

Syphilis en décembre 1886. Chancre du gland. Roséole et « boutons » sur la peau. Pendant trois ans, il a eu sur le front et à la partie antérieure du cuir chevelu des lésions qui ont déterminé des cicatrices. Il a été soigné par le mercure et l'iodure d'une manière à peu près continue depuis le début de la syphilis.

Ce sujet ne paraît pas être alcoolique.

Sur un cas de syphilomes multiples des os intéressant particulièrement plusieurs vertèbres dorsales.

M. Hallopeau. — Les localisations de la syphilis, d'autant plus limitées que la maladie est plus ancienne, se produisent sans que l'on puisse en déterminer la cause prochaine : il est très probable que les foyers anciens sont le point de départ de migrations infectieuses qui traversent momentanément la circulation générale. Pourquoi, lorsqu'il en résulte de nouvelles productions, celles-ci se font-elles de préférence ou exclusivement, soit dans la peau ou le tissu sous-jacent, soit dans une muqueuse telle que celle de l'isthme du gosier, soit dans un viscère tel que le foie ou l'encéphale, soit dans le squelette ? Les choses se passent comme si, chez certains sujets, certains tissus constituaient un milieu favorable à la culture et à l'évolution du contage syphilitique ; il doit en être ainsi particulièrement pour le squelette : on ne s'expliquerait pas autrement ces localisations qui se font chez quelques syphilitiques, exclusivement et pendant de longues années en différentes parties de la charpente osseuse. J'ai observé déjà plusieurs faits de cette nature et K... nous en offre un nouvel exemple ; il porte en effet des exostoses ou des périostoses aux deux tibias, à la huitième côte gauche, au pariétal droit ; il a en outre des syphilomes multiples des vertèbres, une perforation de la voûte palatine, des altérations des os de la base du crâne et il a perdu l'une de ses apophyses ptérygoïdes. Le système osseux est donc bien chez lui le lieu d'élection des manifestations syphilitiques tardives ; il n'a plus depuis longtemps rien du côté du tégument externe. Les lésions vertébrales ont donné lieu à des troubles de l'innervation qui ont fait penser à un début de tabes ; ils doivent être rapportés à l'altération que les syphilomes vertébraux ont fait subir à la moelle ; on peut dire qu'il s'agit d'un mal de Pott syphilitique.

M. Barthélemy. — J'ai vu dans la collection de Recklinghausen un

squelette avec des exostoses au nombre de plusieurs centaines; quelques os seulement étaient indemnes.

Sur la valeur thérapeutique dés injections de sérum de chien.

M. Feulard. — On sait que MM. Richet et Héricourt ont préconisé l'emploi des injections sous-cutanées de sérum de chien dans le traitement des affections tuberculeuses, en se basant sur les qualités bactéricides que possède le sang d'un animal réfractaire à peu près complètement à cette maladie. Les expériences faites au laboratoire de physiologie de la Faculté ont montré les bons effets des injections de sérum, surtout comme prophylactique de la tuberculose; les lapins préalablement injectés au sérum, puis inoculés avec la tuberculose, ne devenant pas tuberculeux. Mais il résulte des expériences mêmes de MM. Richet et Héricourt que le sérum ne possède pas d'action curative directe sur la maladie une fois déclarée; mais que, par ses propriétés toniques et reconstituantes, il fournit à l'organisme des forces nouvelles qui le mettent en état de mieux lutter contre la maladie. C'est dans ce sens que M. le professeur Fournier a voulu faire essayer dans son service les injections de sérum de chien. Le sérum a été fourni par le laboratoire de physiologie de la Faculté.

Dix malades, huit femmes et deux hommes, ont été soumis à la médication, les uns pendant près de quatre mois, les autres seulement pendant quelques semaines. Les injections, d'abord de 2 centimètres cubes de sérum, puis de 1 centimètre cube, étaient faites tous les deux jours avec les précautions antiseptiques de rigueur; la région choisie a été la fossette rétro-trochantérienne. Sur 240 injections qui ont été faites, nous n'avons eu qu'un seul abcès provoqué par l'injection d'un sérum venant d'un tube mal fermé et qui s'était altéré; une menace d'abcès qui s'est dissipé spontanément, à la suite d'une injection avec un sérum vieux de quelques jours; deux fois un peu d'urticaire.

On peut donc dire que ces injections présentent une innocuité absolue, à condition d'être faites avec du sérum récemment recueilli et conservé dans des ampoules bien fermées à la lampe.

Les effets nutritifs et reconstituants se sont produits chez tous nos malades. En voici quelques exemples :

1° Femme lupique de 34 ans atteinte d'un lupus mutilant de la face : 49 injections représentant 69 cc. de sérum, du 4 mars au 24 juin; le poids, lors de la première injection, était de 45 kil. 325, le 24 juin de 49 kil. 300;

2° Femme âgée de 24 ans atteinte d'un lupus étendu de la face; du 27 mars au 24 juin, elle a reçu 45 cc. de sérum; gain, 2 kil.;

3° Fille de 15 ans, lupus de l'aile du nez; 14 cc. de sérum en un mois; gain, 1 kil. 500;

4° Fille de 18 ans, lupus du nez; du 23 mars au 24 juin, 48 cc. de sérum répartis en 38 injections; gain, 6 kil. 150;

5° Homme de 24 ans, lupus vorax du nez; du 6 avril au 24 juin, 28 injections représentant 34 cc. de sérum; gain, 3 kil. 300.

Chez trois de ces malades aucun traitement local n'a été fait sur le lupus, qui a été réellement amélioré.

Nous avons essayé également le sérum chez des syphilitiques : chez un syphilitique affecté de syphilis maligne incessamment récidivante et à type ulcéreux, les injections de sérum ont amené assez vite à l'exclusion de tout traitement spécifique interne la cicatrisation des ulcérations, mais au cours même du traitement s'est produite une nouvelle poussée de syphilides. Associées au traitement ioduré, elles ont provoqué rapidement la guérison d'accidents tenaces. Ce malade a reçu du 4 mars au 24 juin, 37 injections représentant 52 cc. de sérum; gain, 7 kil. Chez une femme atteinte de syphilides gommeuses ulcérées de la face, récidivantes, l'effet a été le même; la malade est malheureusement restée fort peu de temps à l'hôpital : elle a reçu 11 cc. en trois semaines et a gagné 4 kil. Chez une malade atteinte d'accidents secondaires, les bons effets nutritifs du sérum se sont montrés de même façon; mais il n'y a eu aucun effet réel sur les syphilides, tant qu'on l'a employé seul.

Nous signalerons enfin un nouvel emploi du sérum, que nous sommes en train d'essayer : l'ingestion, chez des syphilitiques, de sérum dans lequel on a mis du sublimé dans la proportion de $\frac{1}{2000}$. Les malades prennent deux, trois, quatre cuillerées de ce sérum dans du lait, ce qui correspond à une et deux cuillerées de liqueur de Van Swiéten. Le médicament est admirablement supporté par l'estomac, et le mauvais goût du sublimé est suffisamment masqué; ces malades voient aussi leur poids augmenter.

En résumé, les essais thérapeutiques que nous avons faits confirment les bons résultats obtenus par MM. Richet et Héricourt dans leurs expériences de laboratoire, et il paraît possible de dire que les injections de sérum de chien, d'une innocuité à peu près complète si elles sont convenablement faites, constituent une médication tonique et reconstituante capable de rendre de réels services dans les cas de débilitation organique et surtout dans la tuberculose.

M. Morel-Lavallée. — Il faut être très prudent dans l'emploi des injections de sérum et il est bon de ne pas dépasser un centimètre cube par jour. Dans un cas de tuberculose au début et un autre d'ostéomyélite prolongée, j'ai injecté 2 centimètres cubes : j'ai eu dans les deux cas de l'urticaire avec purpura, des palpitations, de la dyspnée et des hématuries.

Sur une dermatite érythémateuse et papuleuse de nature indéterminée.

M. Hallopeau. — Il n'est pas très rare de rencontrer à Saint-Louis des éruptions érythémateuses qui ne se rapportent à aucun type connu; le malade que je présente en fournit un exemple : il a depuis quinze jours une éruption généralisée qui offre beaucoup de ressemblance, par places, avec le pityriasis rosé de Gibert, par places, avec le lichen plan aigu et qui prend en d'autres endroits l'aspect ortié; tous les ganglions accessibles à l'exploration sont tuméfiés; il s'agit donc d'une éruption de nature inflammatoire qu'il est impossible de classer aujourd'hui; peut-être l'évolution de la maladie permettra-t-elle de le faire ultérieurement.

M. Vidal. — Je considère le malade comme atteint d'un érythème papuleux généralisé.

M. Hallopeau. — La tuméfaction ganglionnaire m'a porté à repousser ce diagnostic.

Trichorrhexis nodosa.

M. P. Raymond fait sur ce sujet une communication qui est le résumé du mémoire publié *in extenso* p. 568.

La séance est levée. L. Jacquet.

SECTION DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

A LA RÉUNION DES MÉDECINS ALLEMANDS, A BRÊME

SEPTEMBRE 1890

Contribution à l'étude des colorations du tissu élastique.

M. Unna présente un certain nombre de préparations qui ont été faites, d'après la méthode de Tänzer, sur la coloration élective des fibres élastiques, au moyen d'une solution d'orcéine (orcéine, 0,5 ; alcool absolu, 40,0; eau distillée, 20,0; acide hydrochlorique, 20 gouttes).

Sur des coupes colorées dans l'alcool et laissées ensuite douze à vingt-quatre heures dans le liquide de teinture, le réseau des fibres élastiques (ainsi que la kératine) présentaient, en opposition à la teinte rose pâle du reste du tissu, une coloration rouge brun intense, qui était particulièrement belle sur les préparations colorées de nouveau avec l'hématoxyline (Böhmer) ou le bleu de méthyle.

Histologie du pemphigus végétant.

M. Müller (Hambourg). — D'une étude critique des vingt-deux cas publiés jusqu'à ce jour, faite par l'auteur, il résulte que six de ces cas concordent dans les points principaux et que, par suite, on peut les considérer comme typiques, tandis que tous les autres ne peuvent être rattachés que d'une manière hypothétique à cette maladie ou, en général, ne s'y rapportent pas.

Deux autres cas de pemphigus végétant ont été l'occasion, pour cet auteur, d'une analyse détaillée exacte des conditions histologiques des deux périodes du pemphigus végétant, période érysipélato-bulleuse et période condylomateuse.

Les phénomènes caractéristiques sont : les proliférations de l'épithélium et du tissu conjonctif, les soulèvements de l'épithélium analogues à ceux que Pollitzer a observés dans l'akanthose nigricans, les rares immigrations de cellules migratrices dans l'épiderme, les foyers de petites cellules dans l'épithélium qui, d'après Weigert, ne renferment pas de fibrine (abcès secs), la dilatation des vaisseaux sanguins et lymphatiques ainsi que des canaux des glandes sudoripares — particularités histologiques qui facilitent la différenciation des condylomes acuminés et larges.

Müller croit, contrairement à l'opinion de Neumann, que le pourtour des orifices folliculaires n'est pas affecté, il voudrait voir remplacer la dénomination de pemphigus végétant par celle d'érythème bulleux végétant (Unna).

Traitement de la furonculose.

M. Veiel. — Pour la guérison des furoncles, il faut surtout tenir compte des conditions suivantes : destruction précoce des cocci du pus ; dans le cas de nécrose du tissu, élimination des bouchons nécrotiques qui abritent les cocci ; enfin, nécessité de s'opposer à l'extension ultérieure des furoncles et d'augmenter la force de résistance de l'organisme.

On ne réussit que rarement à empêcher la nécrose du tissu par les emplâtres de mercure et d'acide phénique (Unna), la solution alcoolique concentrée d'acide borique (Lœwenberg), le spray phéniqué (Verneuil), les injections d'une solution phéniquée à 3 p. 100 (Bidder), le crayon de pâte de sublimé (Unna), etc. ; le plus souvent, il faut provoquer l'élimination des bouchons.

Selon Veiel, ce qui réussit le mieux, c'est l'application longtemps continuée de cataplasmes chauds, trempés, avant de les chauffer, dans une solution de sublimé à 1 p. 1 000, ou, si la peau est irritable, dans une solution boriquée à 4 p. 100, ainsi qu'une friction, renouvelée trois fois par jour, avec une pommade composée d'oxyde de zinc et de vaseline parties égales, et 4 p. 100 d'acide borique.

Il faut, préalablement, désinfecter complètement la peau. Les bains de sublimé donnent aussi d'excellents résultats. En outre, grande propreté des ongles et du linge, nourriture fortifiante. Veiel n'a pas obtenu de résultats de l'emploi de l'arsenic, du sulfure de calcium et des purgatifs.

Dans la discussion, Unna dit avoir eu des succès dans la furonculose généralisée avec la pâte de zinc et de soufre, et qu'il s'est bien trouvé des cataplasmes chauds appliqués sur des furoncles recouverts d'emplâtres mercuriels phéniqués, tandis que Veiel a observé des dermatites intenses après l'application d'emplâtres de mercure et d'acide phénique et de pâtes de soufre et de zinc. Runge a employé avec avantage, dans quelques cas, le sulfure de chaux.

Expériences faites avec quelques agents réducteurs non encore employés jusqu'à présent.

M. Ihle a noté de bons résultats de l'emploi de l'hyposulfite de sodium et de calcium. Sous forme de pâtes de 2 à 6 p. 100, ils exercent une action favorable dans le psoriasis, l'eczéma séborrhéique, l'ulcère de jambe, le lupus vulgaire, tandis que, dans les processus inflammatoires aigus, ils déterminent une violente irritation et la formation de pustules.

Comme pâtes réductrices, Ihle recommande encore le magnésium métallique, et spécialement la poussière de zinc, en raison de son bon marché. Ces deux derniers médicaments ont une influence favorable sur l'eczéma chronique.

Des recherches de Ihle, il résulte que le suint brut a, comme la lano-

line, une action adoucissante sur la peau; son bon marché doit le faire préférer à cette préparation. Dans un eczéma très aigu de la face, où la pâte de Lassar et d'autres pommades n'avaient pu être tolérées, le suint eut une influence salutaire; il en fut de même dans l'intertrigo, l'impétigo, le sycosis parasitaire, etc.

Ihle demande que l'on donne au suint le nom d' « œsipus » déjà employé dans l'antiquité. On devrait non seulement utiliser le suint comme véhicule, pour atténuer l'irritation de la chrysarobine et du pyrogallol, mais encore s'en servir d'une manière générale comme d'un véritable remède.

Emploi thérapeutique de l'acide sulfureux.

M. Berliner a employé, sous deux formules différentes, la pommade de bisulfite de calcium, préparée avec une solution de bisulfate de chaux contenant 5 p. 100 d'acide sulfureux libre avec de la lanoline et de l'axonge; l'une contenait 2 p. 100 d'acide sulfureux et l'autre seulement 1 p. 100; cette dernière n'avait pas d'odeur.

Dans vingt et un cas, où Berliner a jusqu'à présent essayé ce remède, il a constaté qu'il agissait comme un spécifique contre le pityriasis versicolore, donnait de bons résultats dans le psoriasis et l'eczéma séborrhéique, où il faisait disparaître le prurit et atténuait l'irritation consécutive à l'emploi de la chrysarobine et du pyrogallol.

Dans la discussion, le Dr Beissel préconisa le blanc de baleine comme un excellent véhicule, pour les pommades, spécialement pour l'onguent gris.

Prurigo d'été (Summerprurigo) d'Hutchinson.

M. Berliner. — Après une description détaillée de cette maladie qui survient chez quelques personnes sous l'influence de la chaleur du soleil, principalement à la face, aux mains, aux avant-bras, quand ces parties sont découvertes — sièges de prédilection qui au début présentent une rougeur intense et sont envahis par des efflorescences acnéiformes ou des papules de prurigo très prurigineuses, — Berliner s'occupe des cas publiés par Hutchinson et Jamieson, cas qu'ils ont rapprochés de la xérodermie pigmentaire (Kaposi), tandis que, au contraire, bon nombre d'entre eux doivent être rattachés à l'hydroa vacciniforme, de Bazin.

En terminant, Berliner rapporte le cas d'une malade de vingt-trois ans qui, chaque printemps, par un temps chaud et après un séjour de une à deux heures dans les champs, était prise d'un violent prurit de la face. Le visage se tuméfie; sur le dos des mains et les avant-bras apparaissent des taches rouge bleuâtre, les oreilles et le cou restent indemnes.

La maladie existe depuis la première enfance; dans les dernières années, elle se manifeste à un moindre degré; comme traitement, pâte de résorcine.

Des maladies des glandes de la muqueuse buccale.

M. Unna a observé deux cas de ce genre dont le premier concernait un malade qui, seize ans auparavant, avait fait une cure de frictions contre la

syphilis; la lèvre supérieure était actuellement le siège d'ulcères recouverts de croûtes; sur la lèvre inférieure, cicatrices dures, blanches. La lèvre supérieure n'était pas douloureuse, les glandes sous-maxillaires non tuméfiées.

Dans ce cas, la teinture d'iode détermina l'amélioration des ulcères, alors que de nombreuses et diverses cures antisyphilitiques n'avaient donné aucun résultat, on pouvait se demander s'il s'agissait bien de la maladie des glandes de la muqueuse buccale, décrite par de Bälz.

Dans le second cas, le diagnostic n'était pas douteux : chez ce malade, il existait depuis des semaines, vers le milieu de la lèvre inférieure, correspondant, d'après leur localisation, au plus grand conglomérat de glandes muqueuses acineuses, des ulcères profonds, circonscrits, recouverts de pus, ayant la plus grande ressemblance avec des ulcères mous. Pas de syphilis antérieure. Les ulcères guérirent sous l'influence d'un traitement avec la teinture d'iode.

La maladie de Bälz est caractérisée par la marche chronique, par la terminaison en ulcération et en cicatrice de la tuméfaction typique au début du tissu périglandulaire par l'absence d'engorgement des glandes sous-maxillaires, par le succès thérapeutique de la teinture d'iode.

Cette affection a une grande analogie avec les infiltrations syphilitiques tertiaires des glandes muqueuses; toutefois l'action rapide de l'iodure de potassium sur ces dernières lésions démontre leur nature spécifique.

Unna a vu, chez des sujets à la période secondaire de la syphilis, des érosions recouvertes d'un enduit jaunâtre, à récidives fréquentes sur la muqueuse des lèvres et sur le rebord des gencives, lesquelles cédaient rapidement à des attouchements avec le nitrate d'argent et qui, selon cet auteur, seraient déterminées par le mercure excrété dans les glandes muqueuses.

Ce même auteur a observé aussi un cas d'acné de la muqueuse buccale (nodosités jaunes, dures, indolores, existant depuis longtemps).

M. Veiel a souvent remarqué des érosions de la muqueuse labiale, telles que Unna les a décrites, chez des sujets qui n'avaient pas la syphilis et qui n'avaient pas été traités avec du mercure. Des attouchements avec du sublimé (1 sur 10 000) amenaient une guérison rapide.

M. Ihle considère comme très difficile le diagnostic différentiel entre les plaques syphilitiques et celles provoquées par le mercure. Il recommande l'éther iodoformisé.

Fréquence de la participation de l'urèthre postérieur dans le processus blennorrhagique avec quelques communications sur de nouvelles méthodes de traitement de l'uréthrite postérieure.

M. Letzel appelle tout d'abord l'attention sur ce que l'expérience des deux verres dans le cas d'une faible sécrétion de la muqueuse uréthrale ne donne aucun renseignement indiquant si la partie postérieure est affectée de processus gonorrhéique, et il recommande pour le diagnostic exact d'injecter à plusieurs reprises avec une pression modérée de l'eau stérilisée dans la partie antérieure du canal avec une seringue contenant

environ 100 cc., muni d'un appendice légèrement conique et de laver ensuite le bulbe avec une bougie élastique à boule.

Letzel a réussi de cette façon, sur cinquante-trois personnes, atteintes pour la première fois de blennorrhagie, à constater sept à dix semaines après l'infection que quarante-neuf fois la portion postérieure de l'urèthre était atteinte. Letzel conseille par conséquent de rechercher dans toute blennorrhagie, datant de plus de six semaines, si la portion postérieure est envahie et dans ce cas d'injecter chaque jour, à l'aide d'une sonde perforée de Guyon et en la retirant peu à peu, 4 à 5 grammes d'une solution de résorcine à 10 p. 100.

Letzel a souvent vu dans des cas de ce genre la guérison définitive arriver dans l'espace de trois semaines, ainsi qu'avec une injection d'une solution de nitrate d'argent à 1/4 ou à 1/2 p. 100, tandis que 5 à 10 p. 100 de sulfate de thalline occasionnaient fréquemment des irritations de la muqueuse uréthrale.

Letzel a obtenu d'excellents résultats avec des antrophores pour la prostate (antrophores avec 5 p. 100 de résorcine ou 5 p. 100 de résorcine et 1/2 p. 100 de sulfate de zinc ou 5 p. 100 de résorcine et 5 p. 100 de tannin) qu'il introduit chaque jour une fois et laisse de cinq à huit minutes.

Ihle croit qu'il est préférable de remplacer la sonde métallique par une sonde de gomme qui fond à environ 40° et que les sondes métalliques peuvent facilement glisser dans la vessie.

Deux cas de carcinome du pénis chez des sujets jeunes.

M. Ihle, en février 1888, vit chez un homme de 27 ans un ulcère du pénis, ayant les caractères d'un ulcère cancéreux plat. Ce malade avait eu six semaines auparavant un chancre et suivi plusieurs cures antisyphilitiques. Après vingt injections de sublimé qui n'amenèrent aucune modification, on constata par la biopsie qu'il s'agissait bien d'un cancer épithélial. Le malade refusant l'amputation, on fit l'excision de l'ulcère et plus tard on enleva les glandes inguinales du côté gauche qui étaient très tuméfiées. Les plaies guérirent, mais au commencement de 1890 des masses chéloïdiformes en voie de prolifération apparurent au niveau des cicatrices des ganglions de la région inguinale; l'état général s'aggrava; œdème de la cuisse. Actuellement l'état du malade ne laisse pas d'espoir.

Dans le second cas, Ihle pratiqua chez un homme de 36 ans l'amputation de la moitié du pénis pour un ulcère carcinomateux. Dans ce cas, il n'y eut pas de récidive.

A. Doyon.

CORRESPONDANCE

Faut-il renoncer, dans le traitement des tuberculoses cutanées (ou autres) à l'administration, par voie hypodermique, de l'iodoforme et de la créosote ou de ses dérivés?

Dans la séance de la Société de dermatologie du 11 juin dernier, notre maître M. Besnier a publié l'intéressante observation d'un tuberculeux chez qui des phénomènes généraux d'une incontestable gravité ont coïncidé avec l'absorption par la voie hypodermique d'une forte dose de créosote en dissolution dans l'huile.

Dans le même ordre d'idées, nous avons alors pris la parole pour communiquer à la Société des extraits de trois observations recueillies en janvier 1891 dans le service de M. Besnier et dans lesquelles les malades, traités par les injections sous-cutanées d'huile iodoformée à l'eucalyptol, ont présenté, après avoir manifestement bénéficié de la médication (1), des symptômes congestifs au niveau des lésions tuberculeuses de la peau. Ces phénomènes, survenus à partir d'une certaine élévation des doses et rappelant (de très loin) ceux offerts par les inoculés à la tuberculine, nous ont paru imposer la suspension de la cure chez ces malades.

Ils prouvent dans tous les cas que les substances regardées aujourd'hui comme quasi spécifiques de la tuberculose, créosote et iodoforme, ne peuvent être impunément absorbées par les bacillaires passé une certaine dose et une certaine durée du traitement. Et, si l'on réfléchit qu'une grande part revient dans la consomption des phtisiques aux infections associées; si l'on songe au pouvoir antifermentescible de l'iodoforme et de la créosote, et à l'action asséchante qu'ils exercent sur la muqueuse bronchopulmonaire; si l'on considère que des catarrhes abondants, dans le cas de dilatation bronchique, ont pu être presque taris en quelques jours par les injections d'huile iodoformo-gaïacolée à l'eucalyptol (observations personnelles), on en arrive à se demander si les médicaments précités ne doivent pas leur maximum d'effet, chez les tuberculeux pulmonaires, à l'action qu'ils exercent sur les lésions et symptômes connexes aux processus bacillaires.

Mais, cela dit, ce serait aller trop loin que de contester l'heureuse influence de la créosote et de ses dérivés, comme aussi de l'iodoforme, dont le Prof. Verneuil a l'un des premiers, en France, tiré un si puissant parti dans les tuberculoses osseuses et ganglionnaires; que M. E. Besnier emploie depuis longtemps à l'intérieur dans les scrofulotuberculoses cutanées et autres, et auquel nous-même avons dû en 1887, dans le traitement du lupus par les injections sous-cutanées à distance, des résultats indéniables (bien qu'incomplets), en l'administrant alors à des doses très inférieures à celles actuellement usitées et qui ne nous ont jamais donné le moindre accident.

Des faits comme celui qu'a relaté notre maître M. E. Besnier et ceux que nous avons signalés en regard du sien peuvent donc et doivent rendre les médecins circonspects dans le traitement des tuberculoses cutanées (ou autres) par des méthodes analogues. Ils ne sauraient faire proscrire celles-ci et priver la thérapeutique de procédés éprouvés et indiscutablement favorables, pourvu qu'ils soient appliqués avec prudence et modération par des médecins expérimentés. MOREL-LAVALLÉE.

(1) Décongestion des placards lupiques, affaissement et décoloration des nodules, évolution fibreuse *partielle*.

REVUE DES PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Amputations congénitales. — Trélat. Amputations congénitales et aïnhum (*Gazette hebdomadaire de médec. et de chir.*, 28 février et 7 mars 1891, pp. 102 et 113).

Dans cette leçon, rédigée par P. Delbet, le regretté professeur Trélat exposait avec cette lucidité qui faisait le charme de son enseignement l'histoire des occupations congénitales. Pour lui, ces lésions succèdent à une compression par le cordon ou plus souvent par une bride fibreuse; elles diffèrent essentiellement — c'est là du reste l'opinion admise par la presque totalité des observateurs compétents — de l'aïnhum, affection propre à la race nègre, ne se développant que dans l'âge adulte et occupant toujours les orteils tandis que les amputations congénitales peuvent atteindre toutes les races et siéger en un point quelconque des membres. L'assimilation faite au point de vue anatomo-pathologique entre les deux affections repose sur une erreur nosologique commise par Guyot : les pièces qu'il a remises à Suchard pour en faire l'examen histologique provenaient d'un cas d'amputations congénitales chez un nègre comme le prouvent et leur origine intra-utérine et leur siège en d'autres régions que les orteils. Dans le seul cas d'aïnhum, où l'examen histologique du sillon ait été fait, Estor a constaté à ce niveau une prolifération épidermique, une sorte de durillon qui paraît être la cause de l'affection.

Georges Thibierge.

Congestion de la peau de la face. — Jonathan Hutchinson. On the tendency to flush (rougir) as a cause of morbid changes (*The Brit. Journ. of Derm.*, janvier 1891, p. 1).

L'auteur rapporte quelques observations qui montrent l'influence morbide locale de la congestion faciale, qui chez certaines personnes survient fréquemment après les repas. Il désigne la plaque congestive, qui se produit avec le plus d'intensité dans la région malaire des joues, sous le nom de « flush patch ».

Un gentleman âgé de 32 ans, de santé délicate, à la physionomie tuberculeuse, est atteint depuis cinq ans d' « acné dusky », avec rougeur et gonflement de la portion centrale des joues. Depuis quelques années déjà étaient apparus des « flush patch » après les repas, ou sous l'influence de la chaleur et du vent. Le malade est issu de cousins germains n'ayant

jamais eu d'affections cutanées. Trois frères et sœurs présentent la même tendance aux congestions malaires. Cet état de rougeur et de gonflement des joues s'est développé insensiblement, en commençant par le côté gauche. L'ensemble des lésions, au point de vue objectif, tient le milieu entre le lupus érythémateux et l'acné rosée. Au centre des plaques existent en grand nombre des points noirs, des comédons. La peau du nez est rugueuse; elle offre, à un faible degré, l'aspect de peau d'orange, mais n'est pas colorée. Depuis plusieurs années, les plaques ne se sont pas étendues et ne se sont nullement modifiées dans le sens du lupus.

L'auteur, s'attachant à la question héréditaire, donne ensuite en quelques mots, l'histoire d'une des sœurs du malade. Celle-ci était aussi de santé délicate et souffrait de flush patch. Chez elle, le froid déterminait un gonflement presque ortié de la peau à la face et au cou, avec cuissons et sensations de brûlures entraînant l'insomnie.

Voici l'observation d'une dame âgée de 33 ans, qui présentait à la face un érythème congestif ou une acné rosacée sans éléments d'acné, de coloration rouge foncé, en forme d'ailes de chauve-souris. La bande rouge centrale, qui reliait les deux ailes, passait sur les côtés du nez, laissant l'extrémité nasale indemne et pâle. La surface érythémateuse était criblée de petits points rouges. L'absence de cicatrices, l'état diffus de la ligne de démarcation, empêchaient seuls le diagnostic de lupus érythémateux, malgré la configuration spéciale des plaques. Le début de cet érythème a coïncidé très nettement avec l'absorption quotidienne pendant trois mois de deux verres de vin de Porto. Un des côtés intéressants de cette observation est l'absence d'éléments acnéiques. Mais cette forme particulière d'acné rosacée sans acné dépend de la conformation même de la peau. Si la malade avait eu la peau épaisse et remplie de glandes sébacées volumineuses, s'il s'y était joint une hérédité acnéique, la rosacée aurait pris la forme acnéique tuberculeuse.

Une autre observation montre les rapports étroits qui existent entre certaines formes d'acné rosacée et le lupus érythémateux. Le malade observé a été sujet aux engelures intenses et répétées à la face, aux mains, aux oreilles, depuis son enfance, avec grande susceptibilité de la peau; plus tard survinrent des congestions malaires (flush patch), après les repas, puis se développa de l'acné rosacée. Les plaques devinrent érythémateuses, plus tard légèrement eczémateuses. Enfin, quelques années après, la lésion revêtait, au total, l'aspect du lupus érythémateux. De sorte que l'érythème avait tenu à la fois de la rosacée, des engelures, de l'eczéma, enfin du lupus érythémateux. La forme en ailes de chauve-souris que finit par prendre cette éruption, la ligne de démarcation de l'éruption assez nette, la tendance en quelques points à la formation de cicatrices, la présence d'un érythème rebelle et tenace aux pavillons auriculaires, sont autant de caractères qui autorisent à pencher vers le diagnostic de lupus érythémateux.

Il existe deux formes de lupus érythémateux : la forme sébacée, dans laquelle les glandes sébacées volumineuses et abondantes sont intéressées, et la forme érythémateuse simple. Le plus souvent les deux états coexistent, mais on rencontre aussi parfois ces formes dans leur parfaite pureté.

La forme érythémateuse simple survient surtout chez les sujets à peau fine et facilement congestionnable. La rosacée est une condition très favorable de son développement; mais il faut ajouter aussi qu'elle peut rendre le diagnostic extrêmement difficile et que souvent même il est impossible de déterminer avec exactitude s'il ne s'agit encore que d'un érythème congestif, d'une rosacée, ou s'il s'y joint déjà du lupus érythémateux.

Mais ce n'est pas seulement cette variété de lupus qui peut reconnaître les taches congestives comme point de départ. L'auteur donne, en terminant, la chromolithographie et l'observation résumée d'un cas déjà publié dans ses *Archives de chirurgie*, montrant qu'un lupus très voisin du lupus vulgaire et se rattachant à la forme dite « chilblain lupus » peut débuter par des « flush patch ».

Louis Wickham.

Dermatite d'origine génitale. — Ed. Frank. Ueber den Zusammenhang von genitalleiden mit Hautaffectionen. (*Zeitschrift f. Heilkunde*, 1890, t. XI, p. 107).

Il s'agit d'une couturière non mariée, âgée de vingt-huit ans ; elle a toujours été bien portante. Sa maladie actuelle remonte à trois ans. Concurremment avec de violentes douleurs de tête et une sensation de brûlure, elle vit survenir une éruption consistant en bulles volumineuses remplies d'une sérosité claire, situées sur le dos, le front, les joues et les membres. Les bulles persistaient quinze jours et guérissaient sans pigmentation, tandis que, en d'autres points, apparaissaient de nouvelles éruptions présentant le même caractère.

A peu près en même temps que le début de l'affection de la peau, il se produisit des troubles dans la menstruation, les époques devinrent douloureuses, avec crampes revenant par accès dans la région du sacrum et dans le bas-ventre. Ces accès étaient très violents, duraient plusieurs minutes et se reproduisaient huit à dix fois par jour, avec des intervalles complètement indemnes de douleurs.

Depuis ce moment leucorrhée abondante. Les douleurs étaient dans ces derniers temps accompagnées de céphalée, vertige, parfois de fourmillements dans le dos et dans les membres inférieurs et d'autres fois de douleurs térébrantes au niveau du sacrum, même en dehors des époques.

Un examen attentif permit de constater une oophorite chronique et une salpingite bilatérale. La malade était très affaiblie par suite des douleurs chaque fois plus aiguës au moment des époques et des poussées d'urticaire qui se produisaient à ce moment. Dans ces conditions, on ne pouvait songer comme traitement radical qu'à la salpingotomie, qui fut accepté volontiers par la malade. On enleva les ovaires et les trompes de chaque côté. La plaie fut cicatrisée au bout de dix jours et la malade put quitter son lit le quinzième jour, en conservant seulement un bandage.

Depuis l'opération, il n'est plus survenu ni éruption ni douleurs dans le bas-ventre.

A. Doyon.

Diabète. Altérations des ongles. — Auché. De la chute spontanée des ongles chez les diabétiques (*Journal de médecine de Bordeaux*, 11, 18 et 25 janvier 1891, pp. 241, 255 et 269).

L'auteur rapporte deux observations détaillées de sujets chez lesquels la chute des ongles survint au cours du diabète; en outre, il résume deux observations inédites de M. Pitres. Il conclut de ces quatre faits et de ceux déjà connus que le diabète doit être rangé, avec le tabes dorsal, au nombre des maladies qui entraînent parfois la chute spontanée des ongles des mains, et plus fréquemment des pieds. La chute de l'ongle peut se faire, comme dans le tabes, tantôt sans aucun trouble préalable qui paraisse en préparer le détachement, tantôt après une hémorrhagie sous-unguéale qui décolle l'ongle. Ces épanchements sanguins sous-unguéaux reconnaissent vraisemblablement pour cause, non seulement les altérations du sang et des parois vasculaires qui existent dans le diabète, mais encore, dans certains cas au moins, les lésions des nerfs qui se rendent aux doigts ou aux orteils intéressés. Georges Thibierge.

Impressions au cours de la grossesse. — Ballantyne. Maternal impressions (*Edinb. med. Journ.*, janv. 1891, p. 624).

Dans cet intéressant mémoire, nous relevons, en ce qui concerne plus spécialement la dermatologie, les passages suivants :

Sur les 90 cas réunis par Dabney dans lesquels des altérations congénitales ont pu être attribuées à des impressions (chocs ou idées) plus ou moins vives chez la mère, il y eut 21 becs-de-lièvre, 21 malformations des bras, 8 malformations des jambes; dans 8 cas les oreilles furent altérées, et dans 4 cas il y eut des lésions oculaires; 20 fois la tête, le cou, le tronc furent malformés; enfin, parmi les 90 cas, 15 fois il y eut des altérations de la peau et du système pileux.

L'auteur remarque que les taches sur la peau et la distribution anormale des cheveux qu'il est légitime, dans de nombreux cas, de rapporter à quelque impression maternelle, peuvent être produites même si l'accident est arrivé à la mère à une époque tardive de la grossesse.

Louis Wickham.

Nævi. — Hallopeau. Sur un cas de nævi kérato-pilaires distribués suivant des trajets nerveux (*France médicale*, n° 48, p. 758, 1890).

M. Hallopeau rapporte l'observation suivante dont voici le résumé :

Homme de dix-huit ans présentant sur la moitié droite du corps des éruptions occupant une partie de la main, s'étendant sur le bras, l'avant-bras et l'épaule; au tronc, elles forment plusieurs demi-ceintures dont la disposition est tout à fait comparable au zona. Ces lésions sont limitées à la sphère de distribution du nerf cubital et de plusieurs nerfs intercostaux. Les éléments éruptifs paraissent siéger pour la plupart dans les follicules pilo-sébacées; ce sont de petites papules isolées rouges, surmontées par un cône épidermique d'où émergent soit un poil adulte ou follet, soit une con-

crétion sébacée en forme de filament. Au niveau de plusieurs plaques, le système pileux présente un développement exagéré. Il s'agit bien de nævi, car les altérations sont en partie congénitales, le malade a toujours eu l'éruption que l'on voit sur le dos de l'annulaire et l'hypertrichose, mais les autres éléments éruptifs n'ont apparu que depuis peu de temps. Ces nævi papuleux sont généralement désignés sous le nom de verruqueux; dans ce cas, l'éruption ne mérite pas cette dénomination. Dans la plus grande partie de son étendue et notamment au niveau des zones du tronc, elle présente tous les caractères attribués autrefois au lichen pilaire, aujourd'hui à la kératose pilaire. L'hyperplasie qui constitue ces nævi paraît porter principalement sur les glandes pilo-sébacées, d'où le nom de nævus lichénoïde kérato-pilaire. L. Perrin.

Pelade. — Radcliffe Crocker. Alopecia areata, its pathology and treatment (*The Lancet*, 28 février 1891, p. 478, et 7 mars, p. 533).

Les alopécies en aires ou pelades peuvent être classées en quatre groupes; les trois premiers sont d'origine nerveuse; le quatrième reconnaît pour cause le trichophyton tonsurans et constitue une variété de trichophytie pilaire : telle est, en un mot, la proposition qui résume le mémoire du Dr Radcliffe Crocker, lu à la séance du 30 juillet 1890 de la British medical Association. L'importance d'une telle affirmation qui cadre si peu, en ce qui concerne le quatrième groupe dû au trichophyton, avec les idées répandues en France et la valeur qui y est ajoutée par l'autorité même du savant dermatologiste anglais, nous obligent à entrer dans quelques détails.

Ce travail a pour objet, selon l'auteur, d'éclairer la pathogénie de la pelade qui n'est guère moins connue, dit-il, que du temps de Celse, et de mettre l'accord (*try to bring peace*) parmi les partisans des théories parasitaires et trophoneurotiques.

Dans le premier des quatre groupes l'auteur range des faits très rares de pelade généralisée, quelquefois rapide, dans lesquels l'alopécie ne procède pas nécessairement par plaques. La chute de tous les poils se fait partout à la fois et en quelques jours les malades sont dépilés. Souvent, dans ces cas, les ongles s'altèrent et tombent; quelquefois même, leur chute est générale et se fait aussi bien aux pieds qu'aux mains. Presque toujours chez ces malades il entre comme facteur étiologique un élément nerveux.

Dans le second groupe, l'auteur place ces alopécies qui se développent autour des lésions du cuir chevelu telles que furoncles, abcès, coupures, etc., ou qui se produisent sur le trajet d'un nerf. Le troisième groupe comprend les formes alopéciques primitivement décrites par Neumann sous le nom d'*alopecia circumscripta seu orbicularis*. Les lésions consistent ici en plaques alopéciques, arrondies, de petites dimensions, fortement déprimées au-dessous du niveau de la peau, comme atrophiées ou cicatricielles et à sensibilité très diminuée.

Dans le quatrième groupe sont rangées les alopécies en aires communes, de beaucoup les plus nombreuses, comprenant 90 pour 100 des cas d'alopécie.

Telles sont les formes d'alopécies en aires mentionnées et classées par

le Dr Radcliffe Crocker. Il eût été intéressant de connaître l'opinion de l'auteur, qui comprend dans les alopécies en aires une forme atrophique et cicatricielle de Neumann, sur les alopécies cicatricielles de M. E. Besnier, certaines formes de folliculites décalvantes et en particulier la variété décrite par M. Brocq sous le nom de « pseudo-pelade ».

L'auteur aborde ensuite la question de pathogénie qui, dit-il, est déjà grandement facilitée par la classification précédente. Il est indiscutable que les trois premiers groupes sont d'origine nerveuse. Ce sont évidemment des trophoneuroses; il ne peut y avoir de doute à ce sujet. Ce point acquis, reste à préciser la nature, beaucoup plus discutée, des alopécies du quatrième groupe. L'auteur s'efforce d'abord d'établir les caractères contagieux de ces alopécies, donnant ainsi satisfaction, dit-il, aux partisans de la théorie parasitaire. Puis, il va plus loin et annonce le rôle dans cette affection du trichophyton tonsurans, en s'appuyant sur un certain nombre d'arguments que nous allons analyser. Et d'abord, l'auteur prévient qu'il aura peu recours pour sa démonstration au microscope; avec cet instrument, il est fort difficile, dit-il, de faire voir aux observateurs ce qu'ils ne désirent pas voir. En conséquence, il tirera ses arguments les plus probants de nombreux faits cliniques pour lesquels s'impose, d'après lui, l'origine parasitaire et trichophytique.

Il rapporte d'abord des cas dans lesquels une pelade a été contractée au contact d'une autre pelade; nous n'insisterons pas sur ces faits de contagion bien connus des dermatologistes français. Puis viennent des observations destinées à montrer les rapports existant entre la pelade et la teigne tondante, soit que la pelade ait été prise au contact d'une teigne, soit qu'une teigne se soit transformée en pelade, etc. Voici la traduction intégrale de quelques-unes d'entre elles :

« Un médecin vient me consulter pour une plaque alopécique siégeant à un des côtés du menton, et déclare avoir récemment soigné quelques cas de teigne tondante. Il a l'habitude de frotter son menton avec les doigts, au point même où la plaque s'est formée. En examinant quelques poils arrachés à la périphérie de la plaque, j'ai trouvé sur l'un d'eux des spores identiques à celles du tricophyton tonsurans. »

« Chez un maître d'école, d'excellente santé, qui venait de soigner quelques-uns de ses petits élèves atteints de teigne, apparurent dans la région des favoris des plaques alopéciques lisses. Sur quelques cheveux de la périphérie de ces plaques, je pus observer des spores. Malgré le traitement, d'autres plaques se formèrent au cuir chevelu et graduellement les cheveux, les poils des sourcils et les cils tombèrent presque tous. La guérison fut incomplète et après une longue période de traitement le malade me quitta. Deux ans et demi après, la petite fille de ce malade, âgée de trois ans, me fut amenée pour deux plaques d'alopécie avec petits cheveux cassés, à extrémité renflée, en massue. Cette enfant, il est vrai, avait joué avec un petit garçon qui avait eu la teigne, et que l'on tenait pour guéri. Je ne pus trouver de spores dans ce cas, mais je ne fis qu'un seul examen. »

Mais, dit l'auteur, je ne vais pas m'attarder à rapporter de tels faits survenus chez des enfants, car on pourrait m'objecter que ces cas sont de

ceux que nous reconnaissons tous comme appartenant à la forme glabre de la teigne tondante, « *bald form of tinea tonsurans* ».

Voici quelques observations provenant d'adultes :

« Une nourrice, âgée de *trente-cinq ans*, présentait à la nuque une plaque de teigne tondante. Je parvins à obtenir, non sans peine, une guérison apparente et un mois ou deux plus tard la malade revint pour une plaque de pelade survenue à la tempe. »

« Une autre dame, âgée de trente ans environ, vint me consulter pour une tache peladique qu'elle avait remarquée depuis deux jours. Elle désirait savoir si elle avait la teigne, car elle s'était trouvé récemment en présence d'un enfant teigneux. »

« Une fille de dix-sept ans présente de la pelade à la tempe droite. Elle déclare que sa plaque est survenue peu de temps après avoir travaillé avec une camarade atteinte de trichophytie de la face. »

« Un homme de vingt-deux ans, porteur de plaques peladiques à la région occipitale, déclare s'être trouvé en contact avec l'enfant de son frère. Cet enfant, dit-il, avait eu la teigne et était supposé guéri depuis plus d'un an. »

Suivent d'autres observations dans ce genre. Ces exemples, dit l'auteur, reposent pour la plupart sur des déclarations de malades, et, pris en particulier, ne sont peut-être pas très concluants ; mais je pense, ajoute-t-il, que leur ensemble a de la valeur. Plus loin, le Dr Crocker dit avoir souvent observé des transformations, après traitement, de plaques de teigne ordinaire du cuir chevelu, avec cheveux courbés caractéristiques, en plaques de pelade lisses, à cheveux cassés, renflés en massue. D'autre part, il est avéré, dit-il, et reconnu par tous, même par les partisans déclarés de la théorie nerveuse exclusive que des plaques certainement de nature teigneuse peuvent être *ab initio* alopéciques et lisses.

Cette assimilation de la pelade à la teigne expliquerait pour l'auteur la disparition, après la puberté, de la teigne si fréquente chez l'enfant. Les cheveux chez l'adulte s'altérant dans leur consistance et ne se laissant plus pénétrer par les spores, celles-ci se glisseraient sous la gaine radiculaire, sépareraient ainsi le poil de son foyer de nutrition et le conduiraient peu à peu à l'atrophie et à la chute.

Sur les plaques de pelade nouvellement formées, on peut trouver souvent des spores, soit autour des racines, avec gaines, des cheveux périphériques, soit à l'extrémité même de ces racines. L'auteur les a rencontrées plus souvent à la barbe qu'au cuir chevelu. Ces spores, dit-il en se basant sur leurs caractères objectifs seuls, sont identiques à celles du trichophyton tonsurans.

Enfin, il est curieux de noter que la pelade et la teigne sont de fréquence proportionnellement égale selon les pays.

Tels sont les divers arguments qui ont amené le Dr Crocker à conclure son intéressant mémoire, qui ne manquera pas d'arrêter l'attention des dermatologistes, par les propositions suivantes :

La forme morbide qui constitue le quatrième groupe d'alopécies en aires ou la pelade commune, est jusqu'à un certain point contagieuse ; elle apparaît de temps en temps à l'état d'épidémie ; — On peut voir se

développer des plaques glabres, lisses, impossibles à distinguer des plaques de pelade, non seulement chez des enfants mais aussi chez des adultes, après le contact de malades atteints de teigne tondante ; — Les plaques de teigne typique peuvent se transformer après traitement en plaques de pelade typique ; — Un grand nombre de cas développés chez l'adulte désignés sous le nom d'alopécies en aires, sont des cas de tricophytie à forme alopécique et lisse ; de ces cas bien connus chez les enfants, et qui chez eux se développent parfois d'emblée ; — On peut démontrer dans les plaques récentes de pelade la présence d'un parasite identique objectivement au trichophyton tonsurans ; et le traitement le plus efficace consiste dans l'emploi de parasiticides puissants et stimulants ; — La dénomination de *porrigo* ou *tinea decalvans* appliquée à cette affection par les vieux auteurs après Bateman, est donc parfaitement justifiée. LOUIS WICKHAM.

Nous n'avons pas besoin de faire remarquer combien les idées présentées par l'auteur diffèrent des théories françaises actuelles ; et nous pensons que l'on doit prudemment faire ses réserves sur l'identité soutenue par R. Crocker de la pelade et de la trichophytie. N. D. L. R.

Pelade. — L. FRÖLICH. Pelade et lésions oculaires (*Revue médicale de la Suisse romande*, 20 décembre 1890, p. 745).

Frölich a observé à peu de distance l'un de l'autre deux cas de pelade avec lésions oculaires qui peuvent se résumer ainsi :

I. Homme de 40 ans, atteint depuis l'âge de 25 ans de pelade d'abord limitée au cuir chevelu, puis généralisée à toute la surface cutanée depuis 3 ans ; il y a 4 ou 5 ans, début de troubles oculaires du côté droit, puis du côté gauche depuis 6 mois. Actuellement, amaurose totale à droite, reliquat d'irido-choroïdite ; à gauche, cataracte compliquée d'irido-choroïdite.

II. Homme de 41 ans, atteint de pelade partielle et temporaire depuis 10 ans, généralisée et définitive depuis 5 ans environ ; depuis 11 ans, diminution de l'acuité visuelle de l'œil gauche, puis douleurs oculaires. Actuellement l'œil droit est sain et normal ; l'œil gauche présente des lésions d'irido-choroïdite chronique avancée qui nécessitent l'énucléation de l'œil.

L'auteur, sans oser affirmer une corrélation entre la pelade et les troubles oculaires décrits, rapproche de ces deux faits quelques cas dus à Schutz, Muller, Plattner, Pontoppidan, Billoud et Ravaton, dans lesquels des phénomènes oculaires divers (conjonctivite phlycténulaire, ptosis, troubles pupillaires, etc.,) accompagnaient la pelade ou des alopécies trophoneurotiques. GEORGES THIBIERGE.

Syringomyélie. — L. LE FORT. Panaris syringomyélique (*Mercredi médical*, 30 décembre 1890, p. 651).

Homme de 25 ans, ayant eu à l'âge de 22 ans (1867) un panaris de l'index gauche ; l'année suivante, petites tumeurs d'apparence furonculeuse à l'avant-bras, à l'épaule et à la paroi abdominale du côté gauche, puis panaris de l'auriculaire gauche dont l'incision n'est nullement douloureuse. En septembre 1890, nouveau panaris indolore au médius gauche, en même

temps plaques de sphacèle à la partie supéro-externe de l'avant-bras, à la face postéro-externe de l'épaule; les doigts sont déformés et fixés dans des positions vicieuses; à la partie supéro-externe de l'avant-bras gauche, petites tumeurs rouges, légèrement saillantes au centre, assez dures sauf à la partie centrale qui est ramollie et légèrement fluctuante et présentant une apparence furonculeuse; atrophie de l'éminence thénar; cyanose de la main; perversion de la sensibilité à la chaleur avec intégrité de la sensibilité au toucher et diminution de la sensibilité à la piqûre sur la main et surtout sur les doigts; légère courbure scoliotique avec concavité tournée à droite. L'unilatéralité des lésions trophiques doit être relevée spécialement. GEORGES THIBIERGE.

Syringomyélie.—CHARCOT. Sur un cas de syringomyélie avec panaris analgésiques, type Morvan (*Gazette hebdomadaire de médecine*, 11 avril 1891, p. 172).

Importante leçon clinique faite à l'occasion d'un malade déjà observé par M. Le Fort. M. Charcot fait remarquer que certains symptômes sont un peu en dehors du cadre de la maladie de Morvan : eschares sur l'avant-bras et le bras, persistance de plaques rouges après l'application du thermomètre porté à une certaine température, coloration violacée des téguments de la main. En outre, on constate la dissociation syringomyélique de la sensibilité et des atrophies musculaires. Ce cas présente à la fois les caractères de la syringomyélie et ceux de la maladie de Morvan. M. Charcot le considère comme particulièrement propre à démontrer que la maladie de Morvan n'est qu'une forme clinique spéciale de la syringomyélie, et se rallie à la doctrine unitaire. GEORGES THIBIERGE.

Teigne tonsurante. — A. MARIANELLI. Sulla cura della tigna tonsurante del capillizio con la crisarobina secondo il metodo del dottor Unna (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, décembre 1890, p. 359).

Marianelli a étudié sur dix-huit malades de la clinique de C. Pellizzari la méthode de Unna pour le traitement de la teigne par la chrysarobine. Dans trois cas, le traitement a été suspendu trop tôt pour qu'on ait pu en juger les effets. Sur les quinze malades restants, un seul a été guéri après quatre périodes de quatre jours de traitement chacune ; les quatorze autres malades n'ont pas été guéris, quoique l'on ait appliqué le traitement dans deux cas pendant quatre périodes de quatre jours, dans trois cas pendant six périodes, dans trois cas pendant sept périodes, dans six cas pendant huit périodes. L'absence de guérison dans ces différents cas a été prouvée par le développement du trichophyton à la suite de la culture des poils cassés sur différents milieux nutritifs, ou par l'examen microscopique des cheveux. Les applications de pommade sont généralement bien supportées pendant les premières séries ; mais à partir de la quatrième, la tolérance diminue toujours et on est obligé de baisser la proportion de chrysarobine. En résumé, dit Marianelli, ce mode de traitement qui réussit admirable-

ment dans la trichophytie des régions non velues, n'est pas supérieur aux autres procédés de traitement de la trichophytie du cuir chevelu.

GEORGES THIBIERGE.

Traitement de Koch. — LANNELONGUE. Complications articulaires chez un lupique traité par la lymphe de Koch (*Bulletin médical*, n° 100, 1890).

Enfant de huit ans, atteint de quatre plaques de lupus vulgaire : au nez, de chaque côté de la face et à la main gauche. En dehors de ces lésions, l'enfant était bien portant et les articulations en particulier n'étaient le siège d'aucun phénomène morbide. On lui fait des injections avec la lymphe de Koch : la première d'un milligramme, la seconde trois jours après de 3 milligrammes déterminent l'éclosion des phénomènes généraux et locaux dont l'évolution est aujourd'hui bien connue; la température maximum s'élève à 39°,8. La troisième injection, quatre jours après la seconde, est faite à la même dose que celle-ci (3 milligrammes) : début de la réaction thermique six heures après, durée dix-neuf heures environ; maximum de la température, 40°6. L'injection est suivie d'un abattement général très marqué, d'une éruption papuleuse confluente, sauf à la face, et d'accidents sérieux du côté des articulations : épanchement abondant dans les deux genoux surtout à droite, dans les deux coudes, dans les deux épaules; douleur dans le poignet gauche, dans les articulations coxo-fémorales et même dans la colonne vertébrale.

L'auteur fait remarquer que si ces accidents avaient suivi la première injection, on pourrait affirmer qu'elle a réveillé l'existence de foyers tuberculeux jusque-là latents, mais comme les accidents se sont montrés huit jours après la première injection, on peut se demander s'ils ne sont pas dus à l'action de la lymphe qui a provoqué la formation à distance de nouveaux foyers tuberculeux.

L. PERRIN.

Urticaire œdémateuse. — D. BARDUZZI. Della identità dell' edema acuto della pelle con l'orticaria edematosa (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, septembre 1890, p. 247).

Barduzzi n'admet pas l'individualité de l'affection décrite sous le nom d'œdème aigu de la peau et pense qu'on doit la rattacher à l'urticaire dont elle constitue simplement une variété clinique.

Il rapporte à l'appui de son opinion deux faits d'œdème cutané survenant par accès passagers accompagnés de phénomènes gastriques et offrant tout l'aspect de l'urticaire et un fait d'œdème aigu de la langue chez une femme qui avait eu, comme une des deux malades précédentes, des accès d'urticaire vulgaire.

GEORGES THIBIERGE.

Vaccine. — DARLING. Vaccinia (*The Brit. med. Journ.*, 13 déc. 1890, p. 1362).

Le Dr Darling rapporte un cas intéressant de vaccine communiquée par inoculation directe d'une vache à une domestique de ferme. Celle-ci, âgée

de 17 ans, avait été vaccinée avec succès dans la première enfance. Elle vint consulter le 14 novembre pour des vésicules et des ulcérations apparues aux mains depuis quelques jours et rappelant parfaitement des éléments de vaccine. Une enquête découvrit la présence d'ulcérations analogues sur le pis d'une des vaches que la fermière avait coutume de traire. Le 23 novembre, à l'occasion d'une nouvelle consultation, Darling put constater la présence de larges plaques d'urticaire aux faces d'extension des deux bras et à toute la moitié gauche de la face. Plus tard apparurent de nouvelles vésicules sur le tronc, sur la joue droite, la paupière gauche ; puis celles-ci se multiplièrent, couvrirent la face et donnèrent l'aspect d'une éruption de petite vérole. Le 5 décembre, il ne restait plus rien de ces diverses lésions. Le mode d'inoculation de la vaccine, l'apparition secondaire de l'urticaire rendent cette observation des plus intéressantes. L'auteur se demande si l'extension de l'éruption à la face, etc., provient d'une auto-inoculation ou si elle ne serait pas due à une généralisation de la vaccine ?

Louis Wickham.

Zona. — Picot. Sur un cas de zona des nerfs maxillaire supérieur et maxillaire inférieur (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Bordeaux*, 30 novembre, 14 et 21 décembre 1890, pp. 516, 540 et 552).

Leçon clinique à propos d'un cas de zona de la face qui peut se résumer ainsi :

Jeune fille de dix-sept ans, prise, à la suite d'un refroidissement, de douleurs vives dans toutes les dents de la mâchoire supérieure et de la mâchoire inférieure du côté gauche, puis dans la joue gauche. Le lendemain, apparition, sur divers points de la face, de petites taches rouges qui, au bout de vingt-quatre heures, se recouvrent de vésicules; en même temps, mal de gorge intense. Le troisième jour, entrée à l'hôpital : les vésicules siègent au niveau du trou mentonnier, à l'angle du maxillaire inférieur, à la commissure labiale, en avant du tragus, au-dessus et en avant du pavillon de l'oreille, à la ligne terminale des cheveux, au niveau de l'os malaire, à l'angle externe de l'œil. En outre, trois ou quatre groupes de vésicules sur la muqueuse de la face interne de la joue, d'autres à la partie antérieure de la voûte palatine, à gauche de la ligne médiane, sur le voile du palais à gauche et sur la paroi postérieure du pharynx à gauche. La vue et l'ouïe sont intactes. Huit jours plus tard, on constate pour la première fois la présence, sur le côté gauche de la langue, de petites vésicules isolées et affaissées. Les lésions cutanées évoluent d'une façon normale et on ne trouve plus, au moment de la sortie, que quelques taches foncées sur la peau de la joue gauche.

L'auteur rappelle ensuite les observations analogues de Singer, Paget, Leudet, Hybord, Gellé, Després, Behrend, Strübing et termine par des considérations sur le zona en général, dont il admet avec Landouzy la nature infectieuse.

Georges Thibierge.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Chancres extra-génitaux. — CAVAZZANI. Contributo allo studio del sifiloma extragenitale (*La Riforma medica*, 20 janvier 1891, p. 171).

L'auteur se propose de montrer la difficulté que présente le diagnostic du chancre syphilitique extra-génital lorsqu'il se développe sur des tissus déjà pathologiquement altérés. Il cite à l'appui de cette thèse deux observations :

La première est celle d'un homme de vingt-quatre ans chez lequel les caractères d'un chancre occupant le pilier antérieur du voile du palais étaient modifiés par une inflammation aiguë (rhumatismale ?) du pharynx : le chancre était représenté par une ulcération ou mieux une exulcération indolente et limitée n'offrant pas de caractères saillants et ne put être reconnu qu'après la guérison des lésions inflammatoires.

La deuxième est celle d'un médecin de cinquante ans qui, au cours d'une opération sur un syphilitique, contagionna une petite lésion du doigt, consécutive à une écorchure ; il se développa en ce point une tuméfaction dure et douloureuse offrant tous les caractères du furoncle, puis une lésion ulcéreuse reposant sur une base dure qu'on traita par la cautérisation, puis par le grattage ; la roséole et les autres accidents secondaires permirent seuls de reconnaître la nature syphilitique de la lésion du doigt. Cette observation aurait mérité, par son importance, d'être rapportée avec plus de précision dans la chronologie et de clarté dans l'exposé clinique que ne l'a fait l'auteur. GEORGES THIBIERGE.

Syphilis du cœur. — A. SACHARJIN. Die Lues des Herzens von der klinischen Seite betrachtet (*Deutches Archiv f. klin. Medicin*, 1890, t. 46, p. 388).

Selon Sacharjin, on ne donne pas dans les traités actuels de pathologie spéciale une attention suffisante aux phénomènes cliniques qui sont occasionnés par la syphilis du cœur. L'auteur a observé jusqu'à ce jour plus de dix cas de cette affection. En général, il y a des symptômes très variés et qui sont habituellement associés à d'autres maladies : alcoolisme ou goutte, artérite chronique, troubles des voies digestives et aussi à des lésions simultanées d'autres organes, le plus habituellement du système nerveux et du foie. Les symptômes cardiaques sont extrêmement variables et surviennent tous ensemble : dyspnée persistante liée à des palpitations et à une sensation de compression précordiale ; accès d'asthme cardiaque et d'angine de poitrine, œdème considérable et hydropisie des cavités consécutifs à des troubles de circulation. Le cœur est d'ordinaire hypertrophié, principalement le ventricule gauche, le pouls est faible, fréquent et

arythmique. Au niveau du sternum on entend assez fréquemment un bruit systolique. L'état actuel et l'anamnèse des malades dénotent habituellement ou directement une infection syphilitique antérieure ou la rendent probable. Dans les cas de ce genre le traitement non spécifique, le plus attentif et le mieux approprié aux symptômes, ne détermine pas d'amélioration sérieuse, tandis qu'une médication spécifique, avec de l'iodure de sodium ou des frictions avec l'onguent mercuriel, rétablit en général les malades d'une manière durable : les phénomènes morbides disparaissent, il ne reste que les symptômes objectifs d'une légère hypertrophie du cœur et parfois un léger bruit systolique au niveau du sternum.

L'auteur reproduit ensuite les observations de quatre malades qui, surtout la quatrième, réalisent l'idéal du tableau clinique de la syphilis du cœur et témoignent qu'il est possible de la diagnostiquer encore assez à temps pour instituer un traitement non moins efficace et durable que celui de la syphilis des autres organes internes. A. Doyon.

Syphilis des organes génitaux. — Mesnard. Dystocie par accidents syphilitiques du col (*Archives de tocologie et de gynécologie*, janvier 1891, p. 19).

Observation d'une femme de 32 ans mariée il y a trois ans, devenue enceinte dix mois après son mariage; la grossesse s'est terminée vers le deuxième mois par un avortement à la suite duquel sont survenus des accidents syphilitiques secondaires. Au bout de dix-huit mois, nouvelle grossesse sans manifestations syphilitiques. Au moment de l'accouchement, on constate la présence de nombreuses nodosités dures au pourtour de l'orifice du col, dont elles empêchent la dilatation complète. On est obligé, pour terminer l'accouchement, de pratiquer quatre incisions du col.

Georges Thibierge.

Syphilis héréditaire. — Doucas Demetriades. Un cas de pseudo-paralysie syphilitique guérie (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, novembre 1890).

L'enfant qui fait le sujet de l'observation est âgée de quatre mois ; elle est née à terme. Ses parents étaient syphilitiques. Le père avait contracté la syphilis et, six mois après son mariage, avait contaminé sa femme; celle-ci, pendant deux grossesses successives, a avorté à deux mois. L'enfant, dont l'auteur rapporte l'histoire, était venu à terme, mais, quatre jours après la naissance, on constatait de l'impotence du membre supérieur droit, les mouvements provoquaient de vives douleurs. A l'âge de trois mois, éruption au visage; à trois mois et demi, impotence du bras gauche, très douloureux à la pression vers les condyles de l'humérus ; à quatre mois, déviation du pied droit en dehors, quoique les mouvements ne soient pas complètement abolis ; syphilide papulo-squameuse, tumeur ulcérée du périnée; enfin, mauvais état général, émaciation, pâleur, diarrhée, insomnie. Le traitement spécifique (frictions et 20 gouttes par jour de liqueur de Van Swiéten) amena la guérison complète de toutes les lésions en six semaines. L. Perrin.

Syphilis. Historique et géographie. — E. Lesser. Ein Brief des Hern Dr Schierbeck in Reykjavik über Syphilis auf Island (*Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1891, nº 1, p. 37).

L'Islande, d'après des auteurs compétents, est un des rares et heureux pays où la syphilis n'existe pas actuellement. Elle y a été importée plusieurs fois, mais chaque fois elle s'est éteinte rapidement. Quelques auteurs se sont demandés si la population islandaise possédait une immunité contre la syphilis, c'était peu probable : cette immunité n'était sans doute qu'apparente et due à des circonstances locales extérieures.

Pour résoudre cette question, le Dr Lesser écrivit au Dr Schierbeck, directeur du service médical d'Islande, en lui posant les deux questions suivantes :

1º N'existe-t-il réellement aucunes maladies syphilitiques dans la population islandaise actuelle ?

2º Depuis la fin du xvᵉ et le commencement du xviᵉ siècle, les chroniques islandaises ne signalent-elles pas l'apparition de la maladie en Islande?

En réponse à ces questions, le Dr Schierbeck communiqua les observations qu'il avait faites dans le pays au cours de huit années.

1º Islandais de trente-cinq ans, revenu du Danemark en 1844. Plaques muqueuses à l'anus et au scrotum.

2º Islandais de vingt-huit ans, séjour de cinq ans en Danemark. Éruptions à plusieurs reprises de papules muqueuses dans la bouche, à l'anus et au scrotum. Il l'a traité près de trois ans. Depuis une année pas de nouveaux symptômes.

3º Islandais de vingt-sept ans, séjour de six mois en Angleterre. Induration sur la face dorsale du pénis. Ganglions indolents dans les deux aines.

Syphilide maculeuse du tronc et des membres. Tous ces symptômes ont disparu après l'administration de 150 pilules mercurielles.

4º Islandais de soixante ans. Séjours fréquents à l'étranger. Il a eu la syphilis. Paraplégie qui a cédé complètement à un traitement spécifique mixte.

5º Femme mariée, de trente-cinq ans. Long séjour à l'étranger. Pas de syphilis constatée dans la jeunesse. Symptômes nerveux vagues pendant cinq années. Pas d'enfants pendant cinq ans. Il y a trois ans apparition sur la voûte palatine d'une tumeur partant de l'os. Guérison complète après l'emploi de l'iodure de potassium, disparition de la tumeur du palais et de tous les phénomènes nerveux : cette malade a accouché récemment d'un enfant qui vit encore et a plus de deux mois.

7º Homme marié, ménage sans enfants. Séjour de six ans à l'étranger. Pas de syphilis connue pendant cette absence. Aurait pu la contracter pendant sa jeunesse. Paralysie générale (démence paralytique). Mort deux ans après le début de la maladie.

Même en faisant quelques réserves pour les cas 5 et 6, les quatre cas bien constatés sont suffisants pour écarter complètement l'idée d'une immunité à l'égard de la syphilis chez les Islandais.

Tous ces cas ont été contractés à l'étranger et l'auteur n'en connaît aucun d'origine islandaise. On peut tout au moins en conclure que la syphilis n'est pas fréquente et que probablement elle n'existe pas dans la population au même sens que dans la plupart des autres pays étrangers.

Il reste encore à expliquer comment il peut se faire que la syphilis assez souvent importée ne se propage pas dans la population. Sous ce rapport il est à remarquer que la syphilis a pu en réalité être transmise ici quelques fois ; que les conditions locales, population disséminée, en même temps que tout le monde se connaît dans chaque localité et dans le voisinage, rendent très probable qu'une contamination serait immédiatement dévoilée. Il est du reste très difficile aux étrangers d'entrer en relation intime avec la population ; il n'y a ici ni maisons de prostitution, ni prostituées, et il n'est guère dans les mœurs du pays qu'une jeune fille s'abandonne à un homme qu'elle ne connaît pas au moins un peu. Si l'on établissait une maison de prostitution à Reykjavik, la syphilis serait vite introduite dans le pays. Il est possible que la syphilis ne tarde pas à faire son apparition parmi la population si les Islandais émigrés en Amérique reviennent un peu nombreux ; il vient d'en arriver douze de la basse classe.

La syphilis s'observe donc parmi la population aisée de l'Islande, dans des cas bien constatés, comme maladie importée ; il n'y a pas immunité.

Le Dr Schierbeck a demandé s'il était question de la syphilis dans les annales islandaises de la fin du xve ou du commencement du xvie siècle ; il n'a pas reçu de réponse satisfaisante. Dans les annales qu'il a eu l'occasion d'examiner, il se trouve un mot suspect, « pletsot », qui demande des recherches minutieuses ; l'auteur s'en occupera plus tard ; nous publierons le résultat de ses études. A. Doyon.

Syphilis-Réinfection. — Brocq. De las dificultades que presenta el diagnostico de la reinfecion sifilitica (*Revista de Dermatologia*, etc. Madrid, novembre 1890).

Les médecins de l'hôpital Saint-Louis, MM. Fournier, Mauriac, etc., ne croient pas à la réinfection syphilitique et pourtant des observations nombreuses semblent plaider en faveur de la possibilité de cette réinfection. Comment donc expliquer que ces médecins n'aient pas observé des cas analogues à ceux que l'on a publiés ? C'est que le diagnostic de la réinfection est des plus difficiles et qu'un cas en apparence démonstratif est passible de nombreuses et graves objections. Il faut, pour qu'on soit autorisé à parler de réinfection, dit le Prof. Fournier : 1° un chancre induré avec pléiade ganglionnaire, suivi de roséole, etc. ; 2° un silence complet des accidents tertiaires pendant quelques années ; 3° un nouveau chancre induré suivi des mêmes accidents dits secondaires. L'auteur met ensuite en garde contre les différentes causes d'erreur qui peuvent provenir de ces trois éléments. Il insiste sur la nécessité d'une exactitude absolue du diagnostic de syphilis antérieure, de même que sur ces accidents tardifs qui peuvent simuler des accidents secondaires, tel que le pseudo-chancre induré, les roséoles tardives. Il rapporte un fait qui montre toutes les difficultés d'interprétation. Il s'agit d'une femme de 31 ans qui présentait au-dessus du sourcil droit

une lésion qui avait tous les caractères d'un chancre induré : cette hypothèse semblait confirmée par la présence d'une adénopathie sous-maxillaire. Il y avait en outre sur divers points de la peau des lésions ressemblant à des papules syphilitiques ou à des plaques cutanées. Mais il n'existait aucune lésion des muqueuses, ni alopécie, ni céphalée, ni adénopathie cervicale, axillaire ou inguinale. Renseignements peu précis sur les débuts de la lésion et les antécédents de la malade.

Le diagnostic de chancre syphilitique est néanmoins porté; avec accompagnement de syphilides en groupes ressemblant à celles que l'on observe assez souvent dans les syphilis malignes précoces. Or, c'était là une erreur. On remarqua bientôt sur différents points du corps des cicatrices qui étaient les vestiges de manifestations syphilitiques pour lesquelles la malade avait été soignée près de sept ans auparavant à l'hôpital Saint-Louis. Dès lors, en présence du diagnostic porté, on pouvait se demander s'il ne s'agissait pas d'un cas de réinfection. Les raisons qui militaient en faveur de cette hypothèse étaient : le long espace de temps écoulé depuis la dernière manifestation spécifique; le début de la lésion sur un point qui avait été traumatisé lors d'un coït remontant à deux mois; les renseignements que donnait la malade sur cette lésion indurée ayant évolué seule pendant un certain temps; les caractères objectifs de la lésion, son ulcération croûteuse, son induration, sa forme, ses dimensions, tous caractères qui en faisaient un chancre induré typique; l'adénopathie, la multiplicité des accidents cutanés qui simulaient une éruption secondaire. D'autres arguments d'une grande valeur venaient néanmoins à l'encontre d'une telle hypothèse : l'affirmation de la malade, d'après laquelle la lésion chancriforme tout en ayant précédé l'apparition des autres accidents éruptifs ne les avait pourtant précédés que de peu de temps, de telle sorte qu'il était difficile de les considérer comme des accidents véritablement secondaires; le manque absolu d'adénopathie cervicale, axillaire et inguinale, l'absence de lésions sur les muqueuses; l'aspect même des lésions qui ressemblaient plus à des tubercules infiltrant la presque totalité du derme qu'à des accidents secondaires superficiels. L'éruption d'ailleurs était aussi insolite comme manifestation tertiaire que comme manifestation secondaire. La malade sortit guérie après avoir été soumise au traitement mixte.

Cette observation montre donc bien toutes les difficultés du diagnostic de la réinfection. On était bien en présence d'une syphilis antérieure incontestable, d'un long intervalle de temps sans accidents, d'une lésion chancriforme avec adénopathie et lésions cutanées simulant les accidents secondaires, et pourtant il ne s'agissait vraisemblablement ici que d'accidents tertiaires s'étant manifestés sous l'influence d'un traumatisme ou d'un accouchement. Ce fait ne peut en tout cas servir à prouver la réalité de la réinfection syphilitique parce qu'on manque de commémoratifs sur un coït infectant, parce qu'il n'y a pas une relation chronologique suffisante entre la lésion chancriforme et les autres accidents, parce que les autres accidents secondaires ont fait défaut. Cette observation prouve en outre qu'il faut s'entourer de toutes les garanties avant de publier sous le nom de réinfection syphilitique une observation destinée à prouver sa possibilité. Elle prouve enfin qu'il peut apparaître brusquement chez les syphilitiques,

longtemps après le chancre et alors qu'il s'est écoulé plusieurs années sans accidents, une lésion chancriforme avec adénopathie volumineuse et indolente, éruptions cutanées multiples simulant les accidents de la période secondaire.

PAUL RAYMOND.

Traitement abortif. — L. JULLIEN. De la possibilité d'enrayer la syphilis après l'apparition du chancre induré (*Bulletin medical*, n° 9, p. 95, 1891).

M. Jullien, croyant à la possibilité d'interrompre ou d'atténuer le cours de la syphilis à l'époque de la sclérose initiale, cherche toujours l'abortion de la syphilis. Il pratique l'excision du chancre, chirurgicalement, toutes les fois que celui-ci est de date assez récente pour avoir laissé les ganglions indemnes. Si l'excision n'est pas possible, parce que les malades s'y refusent ou que le système lymphatique est déjà infecté dans les ganglions circonvoisins, il fait une injection de Scarenzio-Smirnoff. Enfin, quand il ne peut recourir à l'abortion, il emploie le traitement hâtif, même si le diagnostic n'est pas absolument certain.

L'auteur rapporte les faits suivants, relatifs à l'excision du chancre. Le 27 octobre 1880, il a excisé un chancre à un malade qui a vécu jusqu'en février 1884, époque à laquelle il est mort de la fièvre typhoïde. Ce malade s'était marié en 1883 et laissait deux enfants restés bien portants jusqu'ici. Un autre fut circoncis le 28 janvier 1881, aucun accident ne s'est montré; M. Jullien l'a observé jusqu'au trois cent quatre-vingt-dix-septième jour, et il peut aujourd'hui, dix ans après l'opération, attester la santé parfaite de ce malade, marié et père de famille.

Le troisième fait de l'auteur se rapporte à un cas de réinfection après excision : un malade, opéré le 28 janvier 1881, contracte de nouveau la syphilis au cours du dix-septième mois. Quant à ses autres opérés, ils eurent des manifestations syphilitiques très atténuées.

L'excision étant impossible, il fait l'injection de Scarenzio-Smirnoff, et il a observé, à la suite de celle-ci, une certaine intumescence des ganglions correspondants, de l'hydrargyradénie. Il a employé ce mode de traitement dans deux cas : dans le premier, il s'agit d'une jeune femme infectée dès les premières semaines du mariage, injection de 10 centigrammes de calomel; cinq ans se sont écoulés depuis cette unique injection sans qu'un accident quelconque ne se soit jamais développé. — Le second fait se rapporte à un étudiant en médecine, auquel il pratiqua une injection le 7 juin 1888; depuis trois ans bientôt, le malade est parfaitement exempt des suites habituelles de la vérole.

Comme exemple de traitement hâtif, M. Jullien relate le fait suivant : le 4 décembre 1887, il soumet à l'usage des pilules de sublimé un jeune homme porteur d'un chancre volumineux de la rainure et de la partie voisine du prépuce; l'induration persista plusieurs semaines après la cicatrisation de l'ulcère ; il a suivi ce malade jusqu'au cent trente-neuvième jour et n'a observé aucune manifestation secondaire. L. PERRIN.

Syphilis. Traitement. — Castaño. Sobre el tratamiento de la sifilis (*Anales de la Asistencia publica*, Buenos-Ayres, 1890).

L'auteur passe en revue les principaux modes d'administration du mercure auxquels il trouve différents inconvénients : frictions, injections sous-cutanées, sirop de Gibert, pilules de Dupuytren, etc. Il donne ensuite la formule des pilules qu'il emploie, formule qui est l'objet de son travail :

Protoiodure d'hydrargyre..	0,02 centigr.
Iodoforme.	0,05 —
Sulfate de fer.	0,05 —
Extrait d'opium.	0,005 milligr.
Extrait de gentiane..	Q. S. pour une pilule.

Le protoiodure d'hydrargyre est la préparation mercurielle la mieux supportée par l'estomac : ses effets thérapeutiques sont très rapides. L'iodoforme, dont l'auteur examine les propriétés mises en relief par Trousseau, neutralise, lorsqu'on le joint au protoiodure, les effets irritants de ce dernier; ce mélange acquiert en outre des propriétés spéciales, car on n'obtient pas, avec le protoiodure seul, les heureux et rapides résultats que donne son mélange avec l'iodoforme. En raison des altérations hématiques que détermine la syphilis, l'auteur pense que le fer est indiqué ; en outre, il élève la température et la chaleur est, comme le montrera le docteur Castaño, l'un des principaux facteurs dans le traitement de la syphilis. Il a choisi le sulfate de fer pour son absorption rapide et ses propriétés eupeptiques. Dès la première semaine, l'amélioration est manifeste. Quant à la méthode de traitement, c'est celle du professeur Fournier quelque peu modifiée. Il est avéré que le froid produit une aggravation des accidents syphilitiques : c'est là un fait qu'on constate sans l'expliquer. Il semble que le mercure s'emmagasine alors dans l'organisme et reste sans action sur le virus syphilitique; si l'on augmente les doses du médicament, on s'expose à déterminer de la cachexie mercurielle. Cela prouve que le mercure a besoin de chaleur pour circuler dans l'économie et y produire les effets thérapeutiques désirés. Les anciens médecins avaient vu la nécessité de compléter l'action du mercure par les diaphorétiques. Or le mercure introduit dans l'économie exerce une action marquée sur les globules du sang; ils se déforment, se décolorent, perdent leur hémoglobine et diminuent de nombre. Les échanges nutritifs sont moins actifs, les oxydations sont plus lentes et la chaleur baisse notablement. Si l'on ajoute l'action du froid extérieur, il en résultera que ces deux facteurs convergents mettront le malade dans de mauvaises conditions pour résister au traitement mercuriel. La syphilis des pays chauds paraît latente; ses accidents peuvent être dits bénins si on la compare à celle des pays froids, mais les accidents s'aggravent si les malades changent de climat. Chez les Nègres d'Afrique, où la syphilis est si commune, les manifestations sont insignifiantes ; mais si ces malades émigrent vers des régions froides, ils succombent alors dans un état lamentable qu'il est souvent impossible d'enrayer. L'auteur ajoute qu'il a vu les heureux résultats que l'on obtient chez les syphilitiques lorsqu'on les traite pendant l'hiver par le bain turc qui joue

le rôle d'un climat chaud, élimine par la sueur le virus syphilitique et fait circuler les préparations mercurielles. Il considère donc ces bains comme un complément indispensable du traitement. Il est partisan du traitement commencé de bonne heure, le diagnostic de chancre syphilitique une fois posé. La maladie présente alors une évolution plus bénigne, tandis que si on ne commence le traitement qu'après un certain temps, les accidents sont plus graves et compliqués. L'auteur se rallie donc à la pratique du professeur Fournier. PAUL RAYMOND.

S. DOMINGUEZ. Sifilis: oportunitad del tratamiento mercurial (*Anales de la Asistencia publica*, Buenos-Ayres, novembre 1890).

Le traitement spécifique, disent certains médecins, doit commencer dès que le diagnostic du chancre syphilitique est posé : les micro-organismes étant alors peu nombreux, il est possible de les attaquer sans leur laisser le temps de pulluler. Si, d'autre part, on étudie le mode de pénétration du virus syphilitique, on voit qu'il est d'abord localisé dans les espaces intercellulaires et les petits lymphatiques, qu'il gagne ensuite les ganglions voisins, lors des accidents primaires, qu'il passe dans le torrent circulatoire et de là dans la peau et les muqueuses à la période secondaire, et qu'il se localise à phase ultime dans les organes et les différents tissus. Or, comment agit le mercure? Dès qu'il pénètre dans le sang, il se transforme en albuminates, altère la constitution des éléments fibrinogènes, et de même les hématies, non seulement dans leur constitution intime, mais jusque dans leur forme. Il est alors un obstacle à l'hématose et il ralentit la nutrition. Le mercure qui a pénétré dans le sang va donc y produire ses effets, et cela sans rencontrer aucun micro-organisme à combattre, puisqu'il n'y en a aucun d'arrivé. Ces micro-organismes vont s'attarder, en effet, de six à neuf semaines dans leur premier département de colonisation, et, par suite, l'assaut est donné en vain à un ennemi qui ne se présente pas. Au lieu de chercher, par un traitement tonique, à mettre l'organisme dans les meilleures conditions possibles de résistance, on va diminuer la vigueur de l'élément anatomique, amener la dépression, affaiblir la résistance, c'est-à-dire favoriser l'action pathogène des bactéries. Que si l'on croit, par l'administration hâtive du mercure, stériliser la masse sanguine et diminuer la réceptivité de l'organisme pour le microbe, qui ne trouvera pas un terrain de développement propice et qui périra, l'expérience montre qu'on n'évite pas ainsi les accidents secondaires. La syphilis continue son cours, et le bacille va se multipliant, en dépit de la barrière qu'on a voulu ou cru lui opposer. Si, en France, on administre d'une façon générale le mercure dès l'apparition du chancre, on agit autrement en Allemagne, où l'on a observé que la syphilis est alors plus grave lorsqu'on est intervenu dès le début et qu'on a alors affaire à une syphilis rebelle. Et cela, dit l'auteur, je le crois fermement, « non pas parce que ce sont les Allemands qui le disent », mais parce que cette façon de penser est d'accord avec le véritable mécanisme de la pathogénie de la syphilis. J'ai toujours commencé le traitement au moment où apparaissent sur la face et les muqueuses les premières manifestations spécifiques, et je n'ai pas eu à

me repentir de cette pratique. J'ai observé, au contraire, que les syphilis rebelles étaient celles qui avaient été traitées dès le début du chancre.

Je conclus donc, dit en terminant l'auteur :

1° Étant donné le cours de la maladie et la localisation du bacille, le traitement mercuriel ne peut empêcher le développement et la colonisation du micro-organisme;

2° Le traitement n'empêche pas la production des accidents secondaires;

3° Le traitement initial place l'organisme dans de mauvaises conditions pour résister à l'invasion microbienne;

4° Au lieu du traitement mercuriel, il convient d'instituer un régime tonique;

5° Le traitement mercuriel, institué avant les manifestations secondaires, modifie défavorablement le cours de la syphilis. PAUL RAYMOND.

Syphilis. Traitement. — P.-J. KALACHNIKOFF. Contribution à l'importance du chaud dans le traitement de la syphilis (Къ вопросу о роли мепдав въ лпгенпіу сифиписа). (*Vratch*, 1891, n° 2, p. 33.)

Dans cette communication préalable, l'auteur rapporte les résultats obtenus par des applications chaudes dans le traitement de quatre syphilitiques hommes. Ils peuvent se résumer comme suit :

1° Le chaud peut être considéré comme un traitement local très énergique de la syphilis : il contribue puissamment à la résorption rapide des syphilides cutanées.

2° Il est vrai que l'on observe des rechutes aux endroits même traités par le chaud; mais en tout cas elles sont moins fréquentes qu'avec les autres modes de traitement. ZAGUELMANN.

Syphilis. Traitement. — DE WATRASZEWSKI. De la valeur des méthodes préventives dans le traitement de la syphilis. (Résumé de la communication faite au Congrès international médical à Berlin, août 1890).

L'effet de l'extirpation, l'excision du chancre syphilitique est très problématique : 22 fois sur 23 excisions pratiquées par l'auteur, celui-ci vit se développer les accidents secondaires. C'est pourquoi on applique l'excision dans des cas choisis uniquement dans le but de guérir le malade le plus vite possible de son affection locale. La mercurialisation, dans la période du chancre, n'est pas en état d'empêcher l'apparition des accidents constitutionnels; seulement ces derniers apparaissent plus tard et traînent en longueur. La marche de la maladie composée d'une série d'éruptions séparées par des intervalles libres d'accidents, — l'action favorable du mercure contre les manifestations de la maladie et son inefficacité pour empêcher la réapparition des symptômes morbides éveillent l'idée que le virus syphilitique se trouve dans l'organisme sous la forme de deux modifications différentes suivant que la syphilis est latente ou manifeste. Une modification possède la faculté de se transformer dans

l'autre à certain moment et sous l'influence des différentes causes qui seraient à étudier, et c'est alors que la syphilis, de latente qu'elle était, devient manifeste et présente une série d'accidents perceptibles à nos sens, pendant que l'organisme semble se débarrasser d'une partie du poison dont il est envahi. Nos spécifiques, connus jusqu'à présent, sont impuissants contre la modification du virus de la syphilis latente, tandis qu'ils agissent très bien pour combattre celle de la syphilis manifeste. Plus encore, administrés dans le temps qui précède immédiatement la transformation mentionnée, ils sont en état d'agir contre elle avec succès, et même l'empêcher quelquefois entièrement. Avons-nous le droit de considérer ce résultat comme un succès thérapeutique? Watraszewski le juge comme nuisible pour l'organisme, parce que, dans ces conditions, loin de faciliter à la nature l'élimination du virus spécifique, nous nous efforçons d'obtenir juste le contraire. C'est pourquoi l'institution des cures systématiques, périodiques à répétitions et dites préventives du moment qu'elles sont administrées en dehors des périodes d'accidents manifestes, est privée de fondement et de logique. L'évolution naturelle d'accidents généraux multiples serait donc au contraire désirable dans la période de la syphilis récente (observations et exemples), et ceux qui n'en tiennent pas compte et s'efforcent de l'empêcher ne nous imposent guère par les résultats de leurs cures. La dernière statistique (1) du professeur Fournier, entre autres, concernant les 29 années de sa pratique privée, nous démontre, par exemple, l'excessive fréquence des affections du système nerveux dans la période tertiaire de la maladie (dans 31,6 p. 100 de tous les cas tertiaires !) d'où l'éminent professeur tire les conséquences suivantes : que le plus grand danger de la période tertiaire consiste dans l'excessive fréquence des affections du système nerveux, et que le virus syphilitique est un vrai poison pour le système nerveux. Si, par rapport à notre précédent exposé, nous considérons une mercurialisation prolongée et méthodique, ne tenant pas compte de la marche naturelle de la maladie comme irrationnelle et sa valeur comme problématique, il serait à définir si une semblable saturation continue de l'organisme avec le mercure, reste aussi indifférente pour ce dernier, et principalement, pour le système nerveux. Les expériences que nous avons sur l'action des métaux lourds, sur les fonctions du système nerveux en particulier, nous autorisent à exprimer nos doutes sur ce sujet. L'auteur cite les observations de Letulle, Charpentier, Laget, sur les affections du système nerveux occasionnées par l'hydrargyrisme chronique professionnel (troubles nerveux, tremor mercurialis, épilepsies, paralysies multiples) et conclut de la manière suivante : Si la syphilis doit être considérée comme un poison par excellence du système nerveux, il est certain que le mercure n'en est pas non plus un agent indifférent. Vu les ressemblances relatives d'une série des symptômes que pourraient présenter la syphilis aussi bien que l'hydrargyrose chronique, il est nécessaire d'être sur ses gardes pour ne pas commettre une faute grave en conséquences et, le spectre « syphilis » devant les yeux, ne pas faire subir une nouvelle cure mercurielle aux malades atteints de l'hydrargyrose

(1) Séances du congrès internat. de Derm. et de Syphil. à Paris, 1889.

chronique. Le rappel à la circonspection me paraît dans ces conditions d'autant plus justifié, que nos connaissances sur le terrain de l'hydrargyrose chronique sont loin d'être définitivement exploitées et présentent aussi bien, sous le rapport anatomo-pathologique que sous le rapport clinique, assez de points douteux que des recherches et des observations ultérieures seraient seulement en état de suffisamment éclaircir.

H. FEULARD.

Stomatite mercurielle. — A. FOURNIER. Stomatite mercurielle (*Union médicale*, n° 147, p. 841, 1890; n° 7, p. 70, n° 15, p. 169, 1891).

M. le professeur Fournier étudie seulement la stomatite mercurielle thérapeutique. Il commence par poser ce principe que toutes les fois qu'on administre le mercure, que ce soit par l'estomac, par les frictions ou en injections sous-cutanées, on court le risque de développer la stomatite; le mercure déterminant comme phénomènes physiologiques la salivation, la diarrhée ou les éruptions cutanées. Cependant tous les composés mercuriels ne sont pas également dangereux; il faut aussi tenir compte des divers modes d'administration et du dosage. Parmi les causes adjuvantes de la stomatite, il faut signaler : l'idiosyncrasie, le mauvais état de la bouche; la présence seule des dents est une cause d'appel : on n'observe jamais de salivation chez le nouveau-né ou chez les vieillards édentés. Le sexe, le tempérament, le froid n'ont pas d'influence certaine; la dénudation du derme est au contraire rapidement suivie de stomatite, souvent une seule friction employée pour les *pediculi pubis* peut la produire.

Les symptômes diffèrent suivant que la stomatite est légère et partielle, moyenne et générale, ou enfin intense et générale; quant à la stomatite historique, observée autrefois, elle était d'une gravité excessive; on ne voit plus aujourd'hui de faits de ce genre. M. Fournier décrit longuement les stomatites légères et partielles qui sont les plus communes : il les désigne sous le nom de stomatites d'alarme, car elles avertissent qu'il faut intervenir et surtout indiquent l'imminence de la seconde et de la troisième forme. Les principaux foyers des lésions partielles révélatrices permettent de décrire quatre types cliniques distincts de stomatite. Dans le premier type, il y a inflammation de la portion de gencive qui touche en arrière la grosse molaire inférieure; la dent se déchausse et il apparaît en arrière une sorte de petite languette rouge, flottante, quelquefois érodée; dans ce second type, la gingivite se produit autour d'une mauvaise dent; dans le troisième, la stomatite commence à la partie antérieure de la gencive en rapport avec les incisives médianes inférieures; dans le quatrième, il s'agit d'une hémi-stomatite de la moitié gauche ou droite de la cavité buccale, suivant que le malade se couche sur l'un ou l'autre côté. Si ces diverses localisations de la stomatite légère ne sont pas traitées, on voit se développer la forme généralisée qui peut être d'intensité moyenne ou grave. Après la description de cette forme, M. Fournier trace le tableau de la stomatite ancienne, de la stomatite historique; il expose ensuite les théories proposées pour expliquer le développement de la stomatite.

L. PERRIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ARTICLES NON ANALYSÉS

Dermatologie. — Bronson. Acne varioliformis on the extremities (*Journ. of cutan. and gen.-urin. dis.*, 1891, p. 33). — Todd. Case of ainhum (*Brit. med. Journ.*, 21 février 1891, p. 403).

Francis Shepherd. A case of atrophia maculosa et striata following typhoïd Fever (illustrated) (*Journ. of cut. and gen.-urin. dis.*, 1891, n° 101, p. 59). — Hugh. Hagan. A case of dermatitis medicamentosa (*New-York med. Journ.*, 1891, n° 13, p. 366).

Elliot. A case of erythematous type of Dermatitis herpetiformis (*Journ. of cutan. and gen.-urin. dis.*, 1891, p. 139). — Duhring. Remarks on the treatment of Dermatitis herpetiformis (*The American Journal of the medical sciences*, 1891, n° 226, p. 130).

Bronson. Folliculite décalvante (*Journ. of cut. and gen.-urin. dis.*, 1891, p. 69). — Cutler. Sub-ungueal keratosis (*Journ. of cut. and gen.-urin. dis.*, 1891, p. 101). — Piffard. Keratoma (illustraded) (*Journ. of cutan. and gen.-urin. dis.*, 1891 p. 144). — Petrini. Favus (*Spitalul*, 31 mars 1891, p. 133). — Diego Lima. Dermalgia (*Boletin de sanidad militar.* Buenos-Ayres, 1er mars 1891, p. 210). — E. Lawrie. Cure (guérison) of chyluria depending on filariæ in the blood by thymol (*The Lancet*, 14 février 1891, p. 365). — Purdon. Note on the eczema of Bleachers (blanchisseurs) (*The Brit. Journ. of Dermat.*, mars 1891, p. 82).

Allen. A case of Leprosy treated by Koch's method (*Journ. of cutan. and gen.-urin. dis.*, 1891, p. 141).

Fordyce. Dactylitis tuberculosa (*Journ. of cut. and gen.-urin. dis.*, 1891, p. 71). — Allen. Lupus of the nose (*Journ. of cutan. and gen.-urin. dis.*, 1891, p. 140). — Wilbur Jackson. Two typical cases of lupus treated with galvano-puncture (*Medical Record*, 1891, n° 15, p. 426). — E. Besnier. Les traitements de la tuberculose lupique (*Revue générale de clinique et de thérapeutique*, nos 2, 3, 4, 1891). — Solly et Berry. Lupus carcinoma (*Path. Soc. of Lond.*, 3 février 1891. — *Brit. med. Journ.*, 7 février 1891, p. 285). — Barling. Lupus of palate and larynx (*Midland med. Soc.*, 14 janvier 1891. — *The Lancet*, 28 février 1891, p. 490).

Henry Loomis and Robert-Fuller. Report of a case of Lupus vulgaris treated vith Koch's tuberculin (with plate) (*Journ. of cut. and gen.-urin. diseases*, 1891, n° 103, p. 134). — Henry Stearns. The results of anautopsy in a case of general Tuberculosis treated with Koch's lymph (*New-York med. Journ.*, 1891, n° 10, p. 272). — Whitesidé Hune. Koch's treatment of tuberculosis (*The Lancet*, 14 février 1891, p. 355). — Campbell. Deux cas de lupus traités par la méthode de Koch (*Med. Soc. of Lond.*, 16 février 1891 . — *The Lancet*, 21 février, p. 433). — Limout. Deux cas de lupus traités par la méthode de Koch (*Northumberland and Durham med. Soc.*, 8 janvier 1891. — *Brit. med. Journ.*, 24 janvier 1891, p. 180). — Nixon Myles. Koch's method in surgical tuberculosis (*Royal Academy of medecine in Ireland*, 30 janvier 1891. — *British med. Journ.*, 14 février 1891, p. 357). — Mc. Call Anderson. On Koch's treatment (*The Lancet*, 21 mars 1891, p. 651). — Fergusson et Dingwall. Report of cases under Dr Koch's treatment (*The Lancet*, 14 mars 1891, p. 599).

Allen. Molluscum contagiosum (*Journ. of cut. and gen.-urin. dis.*, 1891, p. 32). — S. Pollitzer. Molluscum Bodies and Polarized light (*Journ. of cut. and gen.-urin. dis.*, 1891, nº 101, p. 71). — Jos. Grindon. Wilson on the nature of « molluscum bodies » (*Journ. of cutan. and gen.-urin. dis.*, 1891, p. 146). — Plucker. Note sur un cas de molluscum fibreux généralisé (*Annales de la Société médico-chirurgicale de Liège*, avril 1891, p. 135).

Gerster. Tumor of the scrotum (illustrated). (*Journ. of cut. and gen.-urin. dis.*, 1891, p. 62). — Morrow. Multiple pigmented sarcoma of the skin (*Journ. of cutan. and gen.-urin. dis.*, 1891, p. 145). — L. Shattock et C. Ballance. A short record of work done on the pathology of cancer during the last few years (*The Brit. med. Journ.*, 14 mars 1891, p. 564). — Squire. Serpiginous rodent ulcer of face (*The Lancet*, 7 mars 1891, p. 545).

J. Collins. The parasitic origin of cancer (*The Boston med. and surg. Journ.*, 1891, nº 3, p. 53). — George Dean. L'auteur réfute l'article du Dr Russell sur les microorganismes caractéristiques du cancer (*The Lancet*, 4 avril 1891, p. 768).

Henry G. Piffard. Psorospermosis (*Journ. of cut. and. gen.-urin. dis.*, 1891, nº 100, p. 14). — William Corlett. A clinical study of Pruritus hiemalis (*Journ. of cutan. and gen.-urin. dis.*, 1891, nº 101, p. 41). — Fox. Psoriasis or eczema (*Journ. of cut. and gen.-urin. dis.*, 1891, p. 67).

George Roe Lockwood. Purpura hæmorrhagica (*Medical Record*, 1891, nº 6, p. 155). — Collie. A case of purpura fulmineus (dans le cours d'une scarlatine), avec autopsie (*The Lancet*, 21 mars 1891, p. 658). — Wild. Purpura hemorrhagica (*The Brit. med. Journ.*, 21 mars 1891).

Thomas. A case of Raynaud's disease associated with convulsions and hæmoglobinuria (*The Johns Hopkins Hospital Reports*, 1890, nº 2). — George Jacoby. A contribution to the diagnosis of Raynaud's disease (Symmetrical gangrene) (*The New-York medic. Journ.* 1891, nº 6, p. 143). — F. de Havilland Hall. Raynaud's Disease (*Med. Soc. of London*, 16 février 1891. — *Brit. med. Journ.*, 21 février 1891, p. 411).

Toppin. Spontaneous amputation of the small toe (petit orteil) in Africains (*The Lancet*, 7 février 1891, p. 306). — Pearce Gould. Symmetrical gangrene of feet (*The Lancet*, 21 mars 1891, p. 662). — Nixona. A case of scleroderma (*Royal Academy of medecine in Ireland*, 19 décembre 1890. — *The Lancet*, 14 mars 1891, p. 605). — Galloway. Syringomyelia (*The Brit. med. Journ.*, 21 mars 1891, p. 641). — Railton. Sporadic cretinism (*The Brit. med. Journ.*, 28 mars 1891, p. 694).

S. Duplay. Zona ophthalmique (*Tribune médicale*, 2 avril 1891, p. 214). — Clarence Beesley. Herpes zoster of the leg (*The Lancet*, 7 mars 1891, p. 540).

Joseph Zeisler. Some common errors in diagnosing diseases of the skin (*The Journ., Americ associat.*, 1891, p. 401). — Paul Thorndike. Notes on skin-grafting with Report of a case operated by Thiersch's method (*Boston med. and surg. Journ.*, 1891, nº 7, p. 157). — Gleitzmann. Experience with Trichloracetic acid in two hundred cases of affections, of the throat and nose (with on illustration) (*Medical Record*, nº 11, p. 312).

Kinnear. The treatment of skin diseases by the use of Dr Chapman's method of cold to the spine (*Journ. of cutan. and gen.-urin. dis*,, 1891, p. 101).

Iwynne. Xanthoma multiplex (*The Brit. med. Journ.*, 28 février 1891, p. 467).

Syphiligraphie et Vénéréologie. — Taylor. Chancres of the Fingers (*Journ. of cut. and gen.-urin. dis.*, 1891, p. 65).

BULKLEY. Recurrent macular syphilis ten mouths after infection (*Journ. of cut. and gen.-urin. dis.*, 1891, p. 30). — ALLEN. Late serpiginous syphilide (illustrated) (*Journ. of cut. and gen.-urin. dis.*, 1891, p. 71).

PIFFARD. Tertiary ulceration of the nose (illustrated) (*Journ. of cut. and gen.-urin. dis.*, 1891, n° 102, p. 101). — SECONDI. Trattamento della irite sifilitica con gomme iridee per mezzo delle iniezioni sottocongiunctivali di soluzioni di sublimato corrosivo (*Giornale della R. Accad. di Medic. di Torino*, janvier 1891, p. 50).

COUNCILMAN. Syphilis of the lung (*Bulletin of the Johns Hopkins Hosp.*, 1891, n° 11, p. 34). — PANAS. Gommes syphilitiques de l'œil et du poumon, simulant la tuberculose (*La Médecine moderne*, 5 février 1891, p. 93). — O. PETERS. Tertiaire syphilis der lymph. vaten (*Weekblad van het Nederlandsche Tijdschrift voor Geneeskunde*, 21 mars 1891, p. 322). — A. PIERACCINI. Contributo alla casuistica delle psicopatie sifilitiche precoci (*La Riforma medica*, 16 avril 1891, p. 109). — BARRS. Syphilitic myositis (*Leads and West riding med.-chir. Soc.*, 9 janvier 1891. — *Brit. med. Journ.*, 24 janvier 1891, p. 180).

ALEXANDER LYLE. Acquired syphilis in a child four years of age (*Medical Record*, 1891, p. 158). — HJELMANN. Om alderns, könets och behandlingsmetodeus inverkan pa den symptomatiska syfilisbehandlingens duration [De l'influence qu'exercent l'âge, le sexe et le mode de traitement sur la durée du traitement de la syphilis symptomatique] (*Finska läkaresällskapets Handlingar*, mars 1891, p. 193). — BAUMEL. De la syphilis chez l'enfant (*Gazette hebdomadaire des Sciences médicales de Montpellier*, 4 avril 1891, p. 159).

DE SPÉVILLE. Syphilis héréditaire avec manifestations oculaires graves chez un enfant de cinq mois; guérison par les injections hypodermiques de sublimé (*Revue mensuelle des maladies de l'enfance*, avril 1891, p. 173).

FOX. Certain diagnostic Features of Syphilis (*Journ. of cut. and gen.-urin. dis.*, 1891, p. 102).

ROMAN PACHECO. El mate y la sifilis (*Anales del Circulo medico Argentino*, mars 1891, p. 126). — TYSON. Note on the soporific action of mercury (*Brit. med. Journ.*-31 janvier 1891, p. 221).

BROES VAN DORT. Gonococcen-infectie bii een tweejarig meisje [Infection gonococcienne chez une fille de deux ans] (*Weekblad van het Nederlandsch Tijdschrift voor Geneeskunde*, 14 mars 1891, p. 291). — PERONI. Dell' euforina in alcune malattie veneree e della pelle (*Giornale della R. Accad. di Medic. di Torino*, janvier 1891, p. 31). — ROBERT S. WAINERIGHT. The essential principles in the treatment of constitutional syphilis of solt (mou) chancre and of gonorrhœa in the male (*West Kent med.-chir. Soc.*, 2 janvier 1871. — *The Lancet*, 14 février 1891, p. 371).

REVUE DES LIVRES

EDWARD EHLERS. — Exstirpationen af den syphilitiske initiallæsion (*De l'extirpation du chancre*). In-8°, Copenhague, 1891.

M. Ehlers, dans sa thèse inaugurale, a relevé les cas d'excisions connus dans la littérature médicale; il en a trouvé 584, dont 447 ont donné un résultat négatif et 137 un résultat positif.

De ces 137 cas. 65 ont été observés pendant moins d'un an, et 72 pendant plus d'un an.

Il pense que si l'extirpation du chancre met trop rarement le malade à l'abri de la syphilis ultérieure, elle contribuerait du moins à imprimer à la maladie une marche plus bénigne, car on aura enlevé ainsi un foyer contenant de nombreux microbes qui ne pourront plus aller infecter l'organisme. Cette atténuation se manifesterait soit par une marche plus bénigne, soit par une prolongation de la deuxième incubation. C'est ainsi que, sur 74 cas d'excision à résultat négatif observés ultérieurement, la syphilis n'aurait été qu'ébauchéedans 10 p. 100 des cas ; elle aurait été faible dans 80 p. 100 et forte dans 10 seulement. Sur les 584 observations d'excision qu'il a relevées, deux fois seulement la syphilis eut une évolution maligne.

L'excision du chancre est donc, d'après M. Ehlers, une opération recommandable « qu'il faut pratiquer autant que possible, sans promettre cependant jamais au malade un résultat positif de cette opération ».

Mais nous avouons ne pas bien comprendre quels en sont les si grands avantages si, suivant la conclusion IV du travail de M. Ehlers, « le traitement mercuriel doit être institué, même si, après observation de quelques mois, le malade ne présente pas un seul symptôme secondaire. Il est possible que le résultat positif ne soit que d'apparence et dû seulement à une atténuation des symptômes secondaires tel qu'il a été impossible de les observer. »

Mais alors si on donne le traitement spécifique, comment savoir dans la suite si la syphilis a été enrayée du fait de l'excision ou du fait du traitement? N'y a-t-il pas des syphilis atténuées aussi dès le début même sans excision et n'a-t-on pas vu, peut-être plus fréquemment qu'on ne le croit, des chancres bien nettement syphilitiques ne pas être suivis d'accidents secondaires en dehors de tout traitement?

Chaque fois que l'on agite cette question de l'excision, les mêmes objections se représentent forcément, combattues par les mêmes arguments; et il semble impossible, par la force des choses, qu'on puisse jamais formuler sur ce point une règle ferme.

Le travail de M. Ehlers, fait avec des recherches consciencieuses et avec des documents fournis par son éminent maître M. Haslund et par M. Pontoppidan, constitue un important dossier que l'on ne pourra se dispenser de consulter chaque fois que l'on aura à s'occuper de la question de l'excision et fait grand honneur à son auteur. Nous ne pouvions attendre

moins du jeune et brillant chef de clinique de l'hôpital de Copenhague, dont le nom et la personnalité sont déjà bien connus et estimés des lecteurs de ce journal.

HENRI FEULARD.

NOUVELLES

Société allemande de dermatologie.

Le deuxième congrès allemand de dermatologie se tiendra à Leipzig les 17, 18 et 19 septembre.

Voici le programme provisoire de cette réunion :

Premier jour. — Discussion sur le traitement par la tuberculine des affections tuberculeuses de la peau et des muqueuses, par le professeur KAPOSI. — Communications sur le même sujet par les professeurs LEWIN, NEISSER, NEUMANN, PICK, DOUTRELEPONT, SCHWIMMER.

Deuxième jour. — Pathologie et traitement de l'eczéma. Rapporteur : professeur NEISSER ; co-rapporteur : Dr VEIEL. — Communication par le professeur PICK.

Troisième jour. — Si le temps n'est pas pris par l'étude des questions principales, communications libres et présentations de malades. Communications annoncées : Professeur NEUMANN, Syphilis et hérédité ; — Professeur LEWIN, Maladies syphilitiques des papilles caliciformes et des glandules linguales ; Sur une maladie non encore décrite de la peau ; Statistique des processus gommeux survenant après les différents modes de traitement ; — Professeur PICK, Le molluscum contagieux est-il contagieux ? — Professeur NEISSER, Des psorospermoses ; — Professeur WOLFF, Sujet non encore indiqué ; — Dr ARNING, Présentation d'un cas de pseudoleucémie avec tumeurs multiples de la peau, des muqueuses et des muscles ; — Professeur LANDERER, Traitement du lupus ; — Dr SPOLTEHOLZ, Districts vasculaires de la peau humaine ; — Dr LESSER, Présentation de malades ; — Dr GALEWSKY, Pityriasis rubra pilaire ; — Dr JADASSOHN, Atrophie maculeuse du derme ; — Dr NEUBERGER, Sur le pemphigus dit nerveux ; — Dr TOUTON, De l'acné nécrotique avec démonstrations ; — Professeur CASPARY, De l'érythème scarlatiniforme ; Contribution au diagnostic de la scarlatine ; — Professeur DOUTRELEPONT, Pathologie et traitement de la lèpre avec préparations microscopiques ; — Dr EHRMANN, Contribution à la clinique de la névrite périphérique syphilitique ; Sur la modification histologique de la peau qui se produit pendant le décours du condylome large et après sa disparition ; Sur l'importance des fibres d'Herxheimer ; — Dr WINTERNITZ, Recherches sur l'absorption de la peau ; — Dr JOSEPH, Observation complète de pseudoleucémie du derme avec préparations microscopiques ; — Professeur SCHWIMMER, Psorospermose généralisée avec démonstration ; — Dr LEDERMANN, De l'usage interne du bleu de méthylène dans les maladies bulleuses.

Le dernier délai pour la notification des communications et présentations est le 15 juillet. S'adresser au professeur Neisser, à Breslau.

Le programme est signé des professeurs Neisser, Lipp et du Dr Ed. Lesser.

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Typ. Chamerot et Renouard, 19, rue des Saints-Pères. — 27767.

TRAVAUX ORIGINAUX

ÉRUPTIONS IODURIQUES SÉRIEUSES

Par le docteur **Gemy**,

Chargé du cours de clinique des maladies syphilitiques et cutanées à l'école de plein exercice de médecine d'Alger.

Le Dr Brocq, en rapportant dans les *Annales de Dermatologie* (1), une note relative aux éruptions bulleuses qui surviennent après l'ingestion de l'iodure de potassium par J.-N. Hyde, considère, après les travaux de Thin, Hallopeau, Lindsay, Besnier, Pellizzari, Van Harlingen, Morrow, Tilden, l'histoire générale de ces éruptions comme faite.

Je regrette de ne pas partager l'opinion du savant dermatologiste, mais une étude attentive que des circonstances spéciales m'ont amené à faire de cette question me fait croire au contraire que cette histoire commence à peine, qu'elle est à ses débuts, qu'elle en est encore à la période documentaire.

Lorsque cette période sera suffisamment avancée, peut-être pourra-t-on tenter *une monographie complète.*

C'est pour apporter une modeste pierre à l'édification de cette œuvre que je me suis décidé à publier le travail qui va suivre et qui a fait le sujet d'une leçon clinique (2).

Les éruptions produites par l'ingestion de l'iodure de potassium peuvent être rangées dans les deux catégories suivantes parfaitement établies par le Dr Besnier (3).

« La première comprend à peu près exclusivement une épidermatite superficielle, papuleuse ou papulo-pustuleuse généralement décrite, se produisant sur tous les points du tégument, subaiguë, résolutive, uniforme, dite acné iodique. C'est l'éruption iodurique commune.

« Dans la deuxième catégorie se rangent des lésions variées : érythèmes simples, ortiés, nodulaires sinon noueux, marginés, cir-

(1) Tome VIII, p. 723.
(2) Février 1891.
(3) Besnier, *Annales de Dermatologie*, 1885, t. VI, p. 537.

cinés, bulleux, hémorrhagiques, épidermatites ou dermatites acnéiformes, furonculeuses, anthracoïdes, nodulaires, résolutives ou même nécrobiotiques. » (1)

L'acné iodurique est tellement commune qu'il n'y a pas lieu d'y insister ici. Il n'est pas de médecin qui n'en observe de nombreux exemples, car il est permis d'affirmer que l'iodure de potassium provoque cette forme éruptive chez presque tous les malades qui en font usage.

Affection essentiellement bénigne, elle revêt presque toujours d'emblée la forme et la qualité des éléments qui la composent, et dont la durée est celle de la médication iodurique.

Il n'en est pas de même des lésions qui forment la deuxième catégorie.

Ici les cas, sans être rares, peuvent cependant se compter et le pronostic que ces lésions comportent n'est pas sans présenter une certaine gravité qui ne rend pas indifférente une erreur de diagnostic.

Il m'a été donné d'observer, ces temps derniers, quelques cas de ce genre. Je vais d'abord en retracer l'histoire, je relaterai ensuite le résultat des recherches que j'ai faites à leur sujet et je terminerai en essayant un tableau clinique de cette catégorie d'éruptions ioduriques.

Observation I. — Le sieur Sm... (Moïse), âgé de 33 ans, né à Alger où il exerce actuellement la profession de marchand de tabac, se présente à la consultation de la clinique dermato-syphiligraphique le 27 février 1891, pour être admis et traité dans le service.

Après l'avoir débarrassé des linges qui couvrent le visage, on se trouve en présence d'un masque repoussant, tant les lésions dont la face est couverte ont défiguré la physionomie.

Interrogé sur ses antécédents vénériens, Sm. nous raconte qu'il a eu trois blennorrhagies dont la dernière était complètement guérie à l'époque de son mariage qui a eu lieu en 1882.

En 1885, il a contracté à Oran, où il se trouvait à ce moment, un chancre siégeant à la partie moyenne et latérale droite du fourreau, de la dimension d'une pièce de un franc (2). Ce chancre, apparu une dizaine de jours après le coït extra-légal, a été douloureux pendant quelques jours et a fourni une suppuration assez abondante.

Le médecin qu'il a consulté lui a fait prendre une centaine de pilules (?) en un mois. Le chancre était cicatrisé vingt jours après le commencement du traitement.

Avec de pareils renseignements il est impossible d'établir un diagnostic rétrospectif et de se prononcer sur la nature de ce chancre, car il n'y a

(1) Le mot *iodurique* employé par le docteur Besnier pour qualifier ces sortes d'éruptions, est seul exact. Le mot *iodique* généralement usité est incomplet, puisque ces éruptions sont produites par l'*iodure de potassium* et non par l'*iode*.

(2) Je rappelle que chez les circoncis, et Sm. est israélite, les chancres simples ou syphilitiques siègent presque toujours sur le fourreau ou à la racine de la verge.

eu, au dire du malade, ni adénite, ni mal de gorge, ni alopécie, ni éruption sur le corps.

Il y a deux ans, faisant un service de messageries qui l'obligeait à porter de grandes bottes, il vit apparaître, sur les membres inférieurs, une éruption discrète de boutons qui atteignirent la dimension d'une pièce de 50 centimes et se couvrirent de croûtes. Cette éruption, évidemment ecthymateuse, fut traitée par un médecin d'Alger, au moyen de purgations répétées, accompagnées de la prise quotidienne, pendant un mois, d'une solution d'iodure de potassium.

La durée de cette éruption ecthymateuse a été d'une quinzaine de jours environ.

Ajoutons, pour être aussi complet que possible, que ce malade, d'un tempérament lymphatique, a eu, après son mariage, un enfant qui a actuellement sept ans et qui est très bien portant.

Sa femme a eu deux fausses couches, l'une antérieure, l'autre postérieure au chancre, fausses couches qui, eu égard à l'époque où elles se sont produites, sont loin de fixer le diagnostic.

Sa profession, ou mieux ses professions, car il en a exercé plusieurs, l'obligent à user de l'alcool sous diverses formes, sans abus cependant, comme il l'affirme; il ne présente, en effet, aucun stigmate d'alcoolisme. Il y a un mois, par conséquent dans les derniers jours de janvier, il vit apparaître sur les régions fessières quelques boutons de la dimension d'une tête d'épingle qui se sont rapidement desséchés sans suppurer.

Pris de peur dès leur apparition, il consulta le médecin qui l'avait soigné deux ans auparavant pour son éruption ecthymateuse, lequel lui conseilla le même traitement dont il s'était si bien trouvé la première fois, c'est-à-dire des purges répétées et un gramme d'iodure de potassium pendant un mois.

C'est alors que, trois semaines après le commencement du traitement, il vit débuter l'éruption actuelle. Elle se manifesta d'abord par un bouton acuminé qui se montra sur la région malaire droite. Ce bouton suppura rapidement, formant une ulcération douloureuse. Puis, successivement, des boutons semblables se montrèrent sur les régions temporales, palpébrales, et enfin sur le nez.

Effrayé de la marche rapide et envahissante de cette éruption (quatre ou cinq jours), il alla consulter un deuxième médecin qui, eu égard aux antécédents du malade, conseilla d'insister sur l'iodure de potassium en portant la dose quotidienne à 5 grammes.

Depuis le début de cette éruption, le malade n'a éprouvé ni malaise, ni inappétence, ni céphalée. En un mot, l'état général est demeuré excellent.

Quelques jours après cette deuxième consultation, les placards éruptifs devenant de plus en plus volumineux avec tendance à l'envahissement de toute la tête, le malade se décide à entrer à l'hôpital.

État actuel. — 27 février 1891. Nous constatons : 1° des pustules impétigineuses isolées, disséminées sur le cuir chevelu et sa lisière frontale;

2° A droite, sur la région temporale, un placard de la dimension d'une

pièce de 5 francs formé par l'agglomération de pustules semblables aux précédentes. Ce placard présente absolument l'aspect de la lésion qui a été décrite par le professeur Leloir et par Barthélemy sous le nom de folliculites et de périfolliculites agminées. Il ressemble en effet à un macaron aplati, recouvert d'une croûte melliforme produite par le liquide séro-purulent qu'exhale chacune des pustules qui le constituent.

3° La paupière supérieure du même côté est envahie par un placard pustuleux qui en occupe toute la surface, déterminant un œdème assez intense pour fermer l'œil d'une façon presque complète.

4° Un cercle pustuleux, de la dimension d'une pièce de 2 francs, siège sur la région malaire. Le centre en est formé par de la peau saine, de sorte que la lésion est géométriquement annulaire.

5° Au-dessus de cette lésion se trouvent deux placards pustuleux : l'un, ayant la dimension d'une pièce de 5 francs, est situé au-dessous du sillon qui borde la paupière inférieure ; l'autre, un peu plus petit, siège à côté du premier et au niveau de l'angle externe de l'œil. Ces trois lésions, par l'accolement de leurs bords, représentent les trois feuilles inégales d'un trèfle.

6° A l'angle interne de l'œil, au niveau du sac lacrymal, existe un placard de la dimension d'une pièce de 50 centimes formé des mêmes éléments.

7° L'extrémité du nez est coiffée d'une véritable trogne purulente formée par les mêmes lésions élémentaires.

8° Le sillon naso-jugal gauche est occupé par un foyer pustuleux semblable à ceux que nous avons constatés sur la joue droite.

9° Il en est de même de la paupière supérieure gauche qui est occupée par un placard moins étendu que celui que nous avons constaté sur la paupière droite, mais qui n'en gène pas moins le jeu de cet organe.

10° Enfin, sur la région temporale gauche, nous constatons deux placards pustuleux semblables à celui que nous avons signalé sur la tempe droite.

Tous ces placards, toutes ces lésions, parfaitement circulaires et presque symétriques, sont recouverts d'épaisses croûtes, jaunes, mollasses, formées par l'écoulement séro-purulent qui s'échappe de chaque pustule. Notons encore une vingtaine de pustules isolées, disséminées sur la face, le cou et dans la barbe.

Ces lésions qui nous ont frappé tout d'abord, qui sont auréolées d'un cercle inflammatoire, qui ont tuméfié la face au point de lui enlever tout caractère de figure d'homme, ne sont pas les seules intéressantes.

Après avoir enlevé avec précaution la tarlatane iodoformée dont les mains sont enveloppées, nous notons :

1° Sur la main gauche : le bord externe est occupé presque tout entier par une bulle de la dimension d'un œuf de poule ;

Une bulle s'est développée au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne des trois doigts moyens, celle de l'annulaire plus volumineuse que les autres.

La face dorsale de la première phalange du pouce est entièrement envahie par une bulle énorme.

Enfin quelques bulles, de la dimension d'un gros pois, sont disséminées sur les autres doigts.

2° La main droite présente les mêmes lésions situées presque symétriquement aux précédentes. Seulement les bulles, ici, sont déchirées, éclatées et leurs parois appliquées sur une surface ulcérée, d'un rouge vif, granuleuse, représentant la couche papillaire.

Les bulles de la main gauche sont pleines, à parois épaisses, fortement tendues et environnées d'une auréole inflammatoire; aussi sont-elles très sensibles lorsqu'on les touche.

Quand on crève l'une d'elles avec la pointe d'un bistouri flambé, elle se vide d'un seul coup, laissant écouler un liquide qui est séreux dans quelques-unes, sanguinolent dans les autres.

Toutes recouvrent une ulcération semblable à celles que j'ai décrites sur l'autre main,

Je répète que toutes ces manifestations cutanées se sont produites sans qu'il y ait eu le moindre phénomène général.

Avant que le malade ne nous eût montré ses mains, la première impression ressentie par l'assistance fut qu'on avait affaire à une manifestation syphilitique.

L'erreur était d'autant plus facile à commettre que je venais de montrer un malade atteint d'une syphilis maligne précoce (gommes pharyngées, palatines, labiales, cutanées survenues quatre mois après l'apparition du chancre), qui présentait sur la face des placards ulcéro-croûteux, superficiellement semblables à ceux que nous offrait notre sujet.

Pour moi, le diagnostic avait été facile, car j'avais commis, cinq ou six ans auparavant, une erreur pareille à celle dont venait d'être victime le malade qui venait nous consulter.

C'est ce dernier cas que je rapporte dans l'observation suivante.

Observation II. — Le docteur X... traitait un de ses clients, ayant eu la syphilis dix-sept ans auparavant, pour des douleurs siégeant au niveau de la colonne lombaire, s'exaspérant la nuit et rendant impossible la station debout.

L'iodure de potassium, à la dose de 2 grammes par jour, avait été prescrit et une quinzaine de jours plus tard des manifestations cutanées s'étant produites sur les joues et sur le front, je fus prié de venir voir le malade avec lui.

Le diagnostic de syphilis paraissait s'imposer, surtout à cause de ces placards qui venaient d'apparaître sur le visage, offrant tout à fait l'aspect d'une manifestation *tuberculo-ulcéreuse*. Je conseillai donc de porter la dose d'iodure de 2 à 6 grammes.

Quatre jours plus tard j'étais mandé de nouveau, les lésions, loin de céder, ayant envahi toute la face.

Cette fois l'hésitation n'était plus permise et, quoique je n'eusse jamais observé, chez les nombreux malades auxquels j'administre quotidiennement de hautes doses d'iodure de potassium, de pareils méfaits cutanés, le travail sur les *éruptions ioduriques* que le docteur Besnier avait publié en 1882

dans les *Annales de Dermatologie* me revint à la mémoire et la lumière était faite dans mon esprit.

L'iodure fut suspendu et trois semaines plus tard l'éruption iodurique était terminée.

Mais si l'éruption était guérie, elle laissait de son passage des traces indélébiles. Les régions que les placards avaient occupées étaient marquées par des cicatrices irrégulières, très déprimées et sillonnées de brides fibreuses, entre-croisées, semblables aux cicatrices que laissent certaines varioles confluentes de la face. Le visage en était comme couturé, si bien qu'encore aujourd'hui, c'est-à-dire après cinq ans, l'état du visage est le même et par conséquent irréparable.

J'ajoute, pour terminer cette observation, que les douleurs éprouvées par le malade dans la région lombaire étaient occasionnées par un phlegmon en voie d'élaboration, phlegmon qui fut ouvert un mois plus tard amenant la guérison du malade.

Pendant que je préparais le présent travail, il m'a été donné, circonstance curieuse, d'observer deux autres cas d'éruptions ioduriques qui, sans être aussi graves, n'en présentent pas moins un certain intérêt comme venant s'ajouter aux autres cas que j'ai pu relever concernant ce sujet.

Avant de terminer ma première observation, je vais les relater :

Observation III. — *Érythème ortié iodurique.* — B... (Jean), âgé de 26 ans, cultivateur, bonne constitution, sans antécédents alcooliques, entre à la clinique dermatologique le 21 avril 1891.

Antécédents vénériens. — A eu une blennorrhagie il y a une dizaine d'années, blennorrhagie qui a duré trois mois. Il y a sept ans, il a contracté à Aumale un chancre syphilitique, soigné à l'hôpital militaire de l'endroit, et pour lequel il a suivi un traitement spécifique. Il a eu des manifestations secondaires qui ont duré de six à sept mois.

A partir de cette époque, aucun accident ne s'est produit.

Mais depuis un an des éruptions ecthymateuses apparaissent constamment et le décident à entrer à l'hôpital.

État actuel. — Santé générale excellente, quatre pustules d'ecthyma sur la jambe gauche, nombreuses cicatrices d'ecthyma sur les deux jambes.

Traitement. — 3 grammes d'iodure de potassium, pansement au Vigo.

Le 24 avril, c'est-à-dire vingt-quatre heures après la prise du médicament, éruption ortiée généralisée pour laquelle on lui fait prendre un léger purgatif. A partir du 26, l'éruption est un peu atténuée, mais ne disparaît pas. Elle est constituée par des plaques érythémateuses de dimensions variées, ayant une configuration géographique et se trouvant disséminées sur toute la surface du corps. Par moments, ces plaques deviennent porcelainées et font une saillie notable sur le tégument. Elles occasionnent un sentiment de brûlure d'une intensité telle que le malade ne peut plus dormir, sans que cependant l'appétit soit touché et qu'il y ait un mouvement fébrile quelconque. Circonstance à noter : le malade n'a jamais eu d'urticaire et n'a pas la peau dermographique.

Le 2 mai, l'éruption devient tellement insupportable que l'iodure de potassium, qui avait été continué pour voir si elle revêtirait un autre caractère, est supprimé.

Le 5, l'éruption pâlit et le sentiment de brûlure disparaît complètement. Les plaques érythémateuses persistent légèrement, mais ne présentent plus le caractère ortié.

Le 10, toute trace d'éruption a disparu.

L'iodure de potassium est repris à partir du 11 à la même dose de 3 grammes. Le 12, c'est-à-dire vingt-quatre heures après, l'éruption reparaît avec la même intensité que la première fois sur toute la surface du corps et faisant éprouver au malade la même sensation de brûlure.

Le 13, suppression du médicament.

Le 15, tout est rentré dans l'ordre.

Le 16, une nouvelle dose ayant occasionné les mêmes phénomènes, l'épreuve est jugée suffisante et le médicament définitivement abandonné.

Le 25, le malade sort guéri de son ecthyma et de son éruption iodurique.

Observation IV. — *Éruption iodurique eczématiforme.* — P... (Henri), âgé de 31 ans, chaudronnier, d'une bonne constitution, entre le 27 avril 1891 dans le service de la clinique dermato-syphiligraphique.

Il est atteint d'une éruption sur la région postéro-externe du bras gauche, éruption dont nous déterminerons tout à l'heure la nature.

Ce malade a eu plusieurs blennorrhagies dont il est complètement guéri depuis sept ans. La première, contractée alors qu'il avait dix-sept ans, a eu des manifestations arthropathiques qui se sont surtout fixées sur les deux genoux.

Il y a dix ans, au Tonkin, il a eu cinq chancres qui ont fait leur apparition huit jours après le coït infectieux, et qui ont rapidement disparu après quelques cautérisations à l'acide chlorhydrique fumant que le malade a pratiquées lui-même. Deux bubons, qui compliquaient les chancres, ont disparu à la suite d'une compression méthodique. Il n'y a eu ni alopécie, ni éruption à la peau, ni mal à la gorge. Le malade accuse une éruption qui se serait montrée sur les membres inférieurs un an plus tard et qui aurait nécessité l'intervention du bistouri. Cette dernière considération fait écarter la pensée d'une manifestation syphilitique et il est certain que les chancres tonkinois étaient des chancres simples.

Du reste, ce qui lève tous les doutes, c'est que cinq ans après il entrait dans notre service pour un chancre syphilitique bien constaté, qui le retint quarante-cinq jours à l'hôpital pendant lesquels il suivit un traitement approprié. Depuis cette époque il n'accuse aucun accident.

Il y a un an, il vit apparaître sur le pli du coude droit une lésion incontestablement de nature tuberculeuse et qui se développa d'une façon serpigineuse, se cicatrisant d'un côté et gagnant de l'autre. Cette lésion a successivement envahi une surface dépassant le pli articulaire du coude de 8 centimètres, aussi bien en haut qu'en bas.

Pour combattre cette lésion, il a pris environ 40 grammes d'iodure de potassium sans que ce médicament ait donné lieu à des manifestations cutanées. La lésion ne se modifiant pas, il suivit le conseil que lui donna

un pharmacien et prit 1 gramme d'iodure de potassium dans une infusion de *thé des Alpes*.

Le lendemain de la première prise, il vit apparaître sur le bras gauche, symétriquement à la lésion syphilitique siégeant à droite, un placard érythémateux, couvert d'une multitude de vésicules suintantes, très douloureux, et accompagné d'un mouvement fébrile assez intense.

Deux jours plus tard, des vésicules isolées se montrèrent sur l'avant-bras et, sur la face dorsale des deux mains, quatre petites bulles typiques.

Il n'y avait pas à hésiter sur la nature de cette éruption, nous nous trouvions en présence d'une éruption iodurique eczématiforme.

La lésion du bras droit était une syphilide tuberculeuse en nappe à marche serpigineuse et sur le bord supérieur de laquelle se trouvaient quelques petits tubercules ulcérés. Le reste de la plaque, de la largeur de la main, était occupé par une cicatrice rose sur quelques points, mais généralement souple et blanche.

Il existait une deuxième plaque tuberculeuse en activité, de la dimension d'une pièce de 5 francs, siégeant sur le pariétal droit, dont l'apparition remontait à six mois.

Le traitement ioduré fut immédiatement suspendu et la lésion eczématiforme enveloppée dans une épaisse couche de liniment oléo-calcaire.

Quelques jours après, l'éruption avait à peu près disparu, mais des vésicules, en assez grand nombre, isolées ou associées, continuaient à se montrer sur le tronc et sur les membres.

Le 11 mai, toute trace d'éruption ayant disparu, on reprend l'iodure de potassium à la dose de 5 grammes.

A la troisième prise, les mêmes phénomènes éruptifs s'étant manifestés, le traitement est définitivement suspendu. Le malade, ne voulant sans doute pas se prêter à une nouvelle expérience, sort le 20 mai guéri de son éruption iodurique, mais avec les lésions syphilitiques dans l'état où elles se trouvaient au moment de son entrée.

Je termine maintenant, en quelques lignes, ma première observation.

Débarrassé des croûtes qui plaquaient son visage au moyen de pulvérisations boriquées, les ulcérations qu'elles recouvraient, ainsi que celles que laissaient les bulles, furent pansées à l'emplâtre rouge de Vidal.

Un mois plus tard le malade quittait l'hôpital avec des cicatrices rouge foncé, granuleuses, légèrement papillomateuses et sillonnées de brides fibreuses comme celles que portait le malade qui fait le sujet de ma deuxième observation.

Il n'y a jamais eu d'albumine dans les urines.

Ce qui a lieu de surprendre, c'est que l'iodure de potassium dont l'ingestion se traduit toujours ou presque toujours par une éruption acnéique discrète, provoque si rarement des manifestations aussi sérieuses que celles que je viens de rapporter, alors que ce mé-

dicament est si fréquemment employé, même en dehors du traitement de la syphilis.

Aussi n'est-il pas étonnant que ces éruptions aient presque toujours, lorsqu'elles se sont produites, égaré le diagnostic, si rares sont les médecins qui ont eu l'occasion de les observer.

M'appuyant sur les quatre observations que je viens de relater et sur les quelques documents que les maigres ressources bibliographiques dont je dispose m'ont permis de recueillir, je vais essayer une esquisse de ces éruptions ioduriques.

Je voudrais éviter, si possible, aux praticiens mes confrères, les ennuis d'une méprise étiologique qui peut avoir pour leur client des conséquences sinon graves (et encore !) au point de vue de leur santé générale, au moins pénibles et désagréables au point de vue de la plastique.

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Une des principales caractéristiques de ces éruptions est leur polymorphisme.

En analysant les vingt-huit observations que je connais, sans compter les miennes, je peux faire, de ce chef, le relevé suivant :

1° Cinq cas de purpura : trois de FOURNIER (1), un de E. BESNIER (2), un de RAYMOND (3).

2° Dix cas d'éruptions polymorphes dans lesquelles les bulles prédominent :

Quatre cas appartiennent à J.-N. HYDE, observés chez des enfants (4);

Un cas de E. BESNIER (5) ;

Un cas de T. FOX (6) ;

Un cas de PRINCE MORROW (7) ;

Un cas de WOLF (8) ;

Un cas de HALLOPEAU, à forme végétante et atrophique (9) (c'est avec ce cas que mes deux premières observations ont le plus de rapport).

Enfin un cas de PELLIZZARI (10).

3° Deux cas d'érythème noueux : un appartenant à TALAMON (11), le second à KAEMPFER (12).

(1) *Revue mensuelle de Médecine et de Chirurgie*, t. I, p. 654.
(2) Réunion des médecins de Saint-Louis. *Annales de Dermatologie*, 1889, p. 29.
(3) *France médicale*, 31 mars 1889.
(4) *Annales de Dermatologie*, 1880, p. 148, et 1887, p. 725.
(5) *Ibid.*, 1882, p. 170.
(6) *Ibid.*, t. III, 2e série, p. 256.
(7) *Ibid.*. 1887, p. 277.
(8) *Journal italien des maladies vénériennes*, 1887, p. 57.
(9) *Annales de Dermatologie*, 1888, p. 286.
(10) *Ibid.*, 1888, p. 363.
(11) *France médicale*, 1884
(12) *Annales de Dermatologie*, 1890, p. 507.

4° Quatre éruptions anthracoïdes :

Deux cas publiés par C. Pellizzari (1), un de Besnier (2), un de Taylor (3).

5° Trois éruptions ortiées appartenant à Pellizzari (4).

6° Une éruption pustuleuse de T. Fox (5).

7° Deux tuberculeuses de Hyde (6).

8° Enfin une périostite iodurique de Kopp (7) que je ne fais figurer ici que pour être à peu près complet, car c'est un cas douteux.

Il me reste à ajouter à cette liste : mes deux premières observations, qui doivent être cataloguées au chapitre des éruptions polymorphes; la troisième, qui est un bel échantillon d'érythème ortié, ce qui porte à quatre le chiffre de cette forme éruptive; et ma quatrième qui n'a pas d'analogue dans les cas que je viens de citer.

Au total, 32 observations.

Ce tableau nous donne comme fréquence :

1° Les éruptions polymorphes, 12 cas.

2° Le purpura, 5 cas.

3° Les formes anthracoïdes et ortiées, chacune 4 cas.

4° L'érythème noueux, 2 cas.

5° Les éruptions tuberculeuses, 2 cas.

6° Les éruptions pustuleuse et eczématiforme, chacune 1 cas.

7° Enfin et pour mémoire une périostite iodurique, 1 cas.

Comme siège :

1° Le purpura a occupé : les membres inférieurs dans les observations de Fournier et Besnier.

Les membres inférieurs et supérieurs dans l'observation de Raymond.

2° Les formes bulleuses siégeaient :

a) Cuir chevelu et visage : 2 fois (Hyde, Gemy) :

b) Front, joues, bras, mains, jambes, langue ; 2 fois (Fox) ; 1 fois (Hallopeau) ;

c) Front, face, oreilles, mains : 3 fois (Morrow, Hyde) ;

d) Mains et doigts : 1 fois (Hyde) ;

e) Bras et jambes : 1 fois (Pellizzari) ;

f) Cou, poitrine, aisselles : 1 fois (Besnier) ;

g) Tronc et membres : 1 fois (Wolf) ;

h) Face et mains : 1 fois (Gemy) ;

3° Les éruptions anthracoïdes se sont montrées :

i) Face, haut du thorax : 1 fois (Besnier);

(1) *Annales de Dermatologie*, 1885, p. 507.
(2) *Ibid.*, 1882, p. 170.
(3) *Ibid.*, 1889, p. 507.
(4) *Ibid.*, 1885, p. 539.
(5) *Ibid.*, t. III, p. 256.
(6) *Ibid.*, 1889, p. 586.
(7) *Ibid.*, 1886, p. 567.

j) Cuisse : 1 fois (Pellizzari) ;
k) Thorax, bras, cou, cuisse : 1 fois (Pellizzari) ;
l) Front, face, cou : 1 fois (Taylor) ;
4° L'érythème ortié a occupé :
m) Bras, jambe, cou : 2 fois (Pellizzari) ;
n) Face, cou, bras, cuisse : 1 fois (Pellizzari) ;
o) Toute la surface du corps : 1 fois (Gémy) ;

5° L'érythème noueux s'est montré au siège ordinaire de l'érythème noueux non iodurique, cuisse, fesses, mollets : 2 fois (Talamon, Kaempfer).

6° Les deux cas d'éruptions tuberculeuses d'Hyde occupaient le front, la face, le cou et les mains.

7° L'éruption pustuleuse de Fox siégeait sur la face, le front, les paupières, la nuque et le dos.

8° Enfin l'éruption eczématiforme (Gémy) occupait le bras gauche et le tronc.

En somme, le siège des éruptions ioduriques, purpuriques, anthracoïdes, ortiées, nodulaires, tuberculeuses, pustuleuses et eczémateuses n'offre rien de spécial ; c'est celui de ces mêmes éruptions banales.

Les bulles seules ont présenté une prédilection pour le visage, les mains et les avant-bras.

L'âge ne paraît pas fournir d'indications spéciales. Je relève en effet les résultats suivants :

1° *Purpura.* — Fournier : deux jeunes hommes et une femme de 30 ans ;
Besnier : un homme ;
Raymond : femme de 33 ans.

2° *Éruptions bulleuses.* — *a*) Les 4 cas de Hyde donnent trois garçons de 7 mois, 2 et 15 ans ; une fille de 7 mois ;
b) Pellizzari : homme de 30 ans ;
c) Besnier : femme de 65 ans ;
d) T. Fox : femme de 39 ans ;
e) Morrow : homme de 50 ans ;
f) Hallopeau : homme de 48 ans ;
g) Wolf : homme de 48 ans ;
h) Gémy : hommes de 33 et 45 ans.

3° *Éruptions anthracoïdes.* — *i*) Besnier : homme de 40 ans ;
j) Pellizzari : hommes de 50 et 55 ans.
k) Taylor : homme de 26 ans.

4° *Érythème ortié.* — *l*) Pellizzari : hommes de 32, 43 ans, âge non indiqué ;
m) Gémy : homme de 26 ans.

5° *Pustules.* — *n*) Fox : homme de 27 ans ;

6° *Tubercules.* — *o*) Hyde : enfant de 7 mois, jeune fille de 18 ans ;

7° *Erythème noueux.* — *p*) Talamon : femme de 49 ans ;
q) Kaempfer : femme de 42 ans ;

8° *Eczéma.* — *r*) Gémy : homme de 31 ans ;

9° *Périostite.* — *s*) Kopp : homme de 27 ans.

Au total : 29 hommes ; 6 femmes ; 4 garçons, 1 fille de 7 mois, une jeune fille de 18 ans.

Dans ces observations :

18 sujets étaient syphilitiques : 17 hommes et une femme ;

8 ne l'étaient pas : 3 hommes et cinq femmes ;

6 étaient des enfants.

Enfin la santé générale n'a pas été influencée dans la grande majorité des cas, comme l'établit le relevé suivant :

Sept fois des phénomènes généraux plus ou moins sérieux ont été mentionnés :

Dans trois éruptions bulleuses : deux hommes et une femme ;

Dans un cas d'éruption tuberculeuse, chez une jeune fille de 18 ans (Hyde) ;

Dans une éruption anthracoïde de Pellizzari, chez un homme de 55 ans ;

Dans le purpura iodurique de Raymond, chez une femme de 33 ans ;

Enfin dans l'éruption eczématiforme qui fait le sujet de ma quatrième observation.

Les autres observations ou sont muettes sur ce point, ou mentionnent expressément l'absence de tout phénomène fébrile.

Tels sont les renseignements que le dépouillement de trente-deux observations me fournit.

Elles renferment cependant une lacune importante, celles du moins qui concernent les formes humides de ces éruptions, c'est qu'elles ne disent rien de l'état de la face et des membres après la guérison, s'il y a eu ou non des *cicatrices* et, dans le premier cas, sous quelles formes elles se traduisaient.

Seule l'observation si complète d'Hallopeau nous renseigne complètement sur ce point. Il est vrai que ce sont principalement ces cicatrices qui en font une des originalités.

Besnier, dans une de ses observations, signale aussi des *cicatrices déprimées.*

Mes deux premières observations sont, sur ce point, également remarquables.

J'aurais pu considérablement abréger les détails qui précèdent ou les reléguer, à titre de pièces justificatives, à la fin de ce travail. Au risque, sûrement atteint, d'ennuyer le lecteur, j'ai préféré leur donner cette place, parce qu'il m'a semblé qu'il serait beaucoup plus facile de constater la justesse des déductions que je compte en tirer.

SYMPTOMATOLOGIE

La description qui va suivre vise presque exclusivement les formes humides, les seules dont la méconnaissance peut être très préjudiciable au malade.

Ce n'est que quelques jours après le commencement du traitement iodurique que l'éruption paraît. La moyenne relevée dans les

observations est de cinq jours. Dans cinq cas, cependant, elle a débuté vingt-quatre heures après la première prise du médicament. Exceptionnellement l'apparition n'a eu lieu que dix, quinze, vingt-six jours après.

Dans mes deux premières observations, elle n'a débuté que du vingtième au vingt-sixième jour.

Du reste, le temps que l'iodure de potassium met à manifester ses effets ne paraît avoir aucune influence sur la forme que revêtira l'éruption.

Détail à noter : malgré la gravité que pourra revêtir l'éruption, l'état général se maintient généralement bon.

Il n'y a eu, en effet, de phénomènes généraux assez sérieux que dans cinq cas et encore faut-il remarquer que chez deux de ces malades il y avait des complications rénales. Dans deux autres cas, les phénomènes fébriles ont été peu accusés.

Je ne fais que mentionner les légers phénomènes d'excitation que quelques malades ont présentés, car tout médecin qui manie beaucoup ce médicament sait très bien que dans presque tous les cas où il est prescrit il manifeste son action par un catarrhe oculaire et nasal en même temps que par de la sécheresse de la gorge. Ces phénomènes se produisent toujours six heures après la prise de l'iodure de potassium pour disparaître le lendemain; ils reparaissent deux ou trois fois en s'atténuant si on persiste.

C'est à peine si ces légères manifestations générales occasionnent au malade un peu de désagrément en le mettant dans l'obligation de se moucher assez souvent et de s'humecter la bouche.

Mais le pouls reste calme et la température normale.

L'éruption débute toujours par une tache érythémateuse donnant lieu à une démangeaison assez vive. Au bout de dix-huit à vingt-quatre heures, une papule de la dimension d'une lentille s'élève sur cette tache et ne tarde pas elle-même à se transformer en pustule. Celle-ci est caractéristique.

Tout médecin qui a eu l'occasion d'en voir est frappé de l'aspect qu'elle présente. Cette lésion élémentaire, en effet, tient de la pustule et du tubercule. C'est une petite tumeur du volume d'un petit pois, d'un rouge livide, couronnée d'une vésicule purulente. Elle est généralement centrée d'un poil.

Ces lésions n'existent que rarement à l'état isolé; presque toujours elles se groupent, et, dans les deux premières observations que j'ai rapportées, elles revêtent absolument la forme en macaron de la folliculite et de la périfolliculite agminées décrite par le professeur Leloir et le Dr Barthélemy.

Les placards, toujours géométriques, sont constitués par un nombre plus ou moins grand d'éléments. Ceux que j'ai observés

variaient de la dimension d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 5 francs en argent.

Les lésions disséminées occupent surtout la barbe et le cuir chevelu. Sur la face et les membres elles sont presque toujours conglomérées.

C'est alors que, suivant le groupement de ces éléments, les auteurs ont décrit des formes *anthracoïdes, pustuleuses, tuberculeuses,* suivant le nombre plus ou moins grand d'éléments réunis et surtout suivant le degré de développement atteint par le *processus anatomique.*

La forme *bulleuse,* qui est la plus fréquente, se montre rarement sur la face (3 fois); généralement elle se développe sur le corps, mais surtout sur la face dorsale des mains. C'est là qu'elle siégeait dans la première de mes observations; c'est là que paraît être son lieu d'élection, c'est là qu'il faut la chercher dans les cas embarrassants.

Je remarque, en outre, que dans les observations que j'ai lues, les bulles de la face ne sont devenues telles qu'après avoir passé par la forme papuleuse, tandis que lorsqu'elles se développent sur les mains, elles revêtent d'emblée leur forme définitive. Sur cette dernière région on aperçoit d'abord une tache érythémateuse; puis douze, dix-huit ou vingt-quatre heures au plus tard après ce début, l'épiderme se soulève en bloc et, en quelques heures, forme une bulle qui conserve son volume jusqu'à éclatement. C'est la tache initiale qui en déterminera la surface.

Tous ces éléments, isolés ou agminés, sont cerclés d'une auréole inflammatoire, plus ou moins œdémateuse qui leur donne un aspect particulier d'acuité.

Aussi, lorsque cette lésion siège sur une région doublée d'un tissu cellulaire un peu lâche, l'œdème peut, comme à la face, prendre de grandes proportions et défigurer complètement la physionomie.

Sur la face dorsale des mains, l'œdème peut donner à cette région l'aspect d'une tuméfaction simulant celui que présente un phlegmon diffus, moins la rougeur.

Une fois l'éruption produite, si le diagnostic est établi à temps, l'iodure est supprimé et il ne se produit plus de poussée nouvelle.

Sur mes trente-deux observations je n'ai noté qu'une seule fois des poussées nouvelles se produisant malgré la suppression du traitement.

Si le traitement est continué, soit que la nature de l'éruption ait été méconnue, soit que l'affection à laquelle s'adressait la médication iodurique ait nécessité la persévérance, dans trois cas seulement l'éruption médicamenteuse a fini par disparaître, tandis que dans dix autres cas elle a pris un très grand développement.

C'est ainsi que dans toutes mes observations l'éruption, une fois apparue, a pris tout de suite de très grandes proportions.

A ce point de vue, l'observation du Dr Hallopeau est des plus remarquables :

Le malade qui fait le sujet de son observation, et qui avait pu prendre impunément, c'est-à-dire sans présenter de manifestations ioduriques, de l'iodure de potassium en quantité considérable, avait vu, au cours de son traitement, se produire une éruption dont la relation détaillée doit être lue dans le travail original (1).

Cette éruption, plus grave, plus étendue et s'attaquant à un plus grand nombre d'organes que l'éruption de mes deux premiers malades, s'était singulièrement aggravée sous l'influence de la continuation du traitement.

Je peux donc établir qu'à part de très rares exceptions, une fois produite, l'éruption ne s'arrête que par la suppression du traitement.

Si le traitement est continué, le nombre des éléments éruptifs augmente, les placards s'accroissent par l'adjonction périphérique de nouvelles pustules et tous ces éléments se recouvrent d'une croûte d'un jaune brillant, épaisse, melliforme, croûte au-dessous de laquelle s'écoule, par les fissures interpustuleuses un liquide séreux, séro-purulent ou séro-sanguinolent.

Les bulles complètement distendues par leur contenu, qui est tantôt séreux, tantôt sanguinolent, finissent par éclater naturellement s'il n'y a pas d'intervention ; le liquide s'écoule d'un bloc laissant à nu une surface ulcérée.

A ce moment, des lésions irrémédiables sont produites comme on le verra tout à l'heure. Souvent même les lésions ont évolué avec une telle rapidité, prenant d'emblée des allures sérieuses, que même alors que le traitement est suspendu et que le processus éruptif s'arrête, les traces qu'elles laisseront seront ineffaçables.

Dès que le traitement est suspendu, tout ce mouvement de floraison exagérée s'arrête; en quelques jours les placards se dépouillent de leur croûte, laissant à nu une surface d'un rouge vif représentant la couche papillaire; les pustules qui ne sont pas encore parvenues au stade de suppuration s'affaissent par résorption de leurs éléments ; les bulles persistent encore quelques jours dans leur état de tension exagérée avant d'éclater spontanément.

Mais quelle que soit la lésion élémentaire, dès qu'elle est arrivée à la période de suppuration pour les pustules et à la distension complète pour les bulles, la surface qu'elle recouvre est une ulcération plus ou moins fortement déprimée, à bords réguliers, géométriques : ulcérations intéressant presque toujours la couche papillaire qui, au moment de la réparation, se recouvre de bourgeons charnus.

(1) *Annales de Dermatologie*, 1888, p. 284.

La réparation met de quinze à vingt jours à se parfaire, que l'ulcération succède à des pustules ou à des bulles.

Les seuls phénomènes subjectifs observés sont une vive douleur que les bulles font éprouver au contact, et un sentiment de chaleur et de distension de la peau qu'occasionnent les autres éléments éruptifs.

Je ne parle pas des manifestations purpuriques qui paraissent avoir été complètement indolores.

En résumé : ce qui caractérise l'éruption iodurique grave telle que je viens de la décrire, c'est l'aspect particulier de l'éruption avec ses croûtes impétigineuses, melliformes, épaisses, suintantes, d'une floraison active et vivace, d'une coloration jaune d'or, reposant sur un fond d'un rouge sombre, vineux. Pour les bulles, c'est une tension exagérée et leur siège presque exclusif sur la face dorsale des mains, siège qui constitue un signe presque pathognomonique.

Mais il en est de cette éruption comme de toutes les dermatoses, quelque minutieuse qu'en soit la description.

Il est impossible de s'en faire une idée nette si on ne l'*a pas vue*. C'est ainsi qu'Hallopeau, dans son observation, a pu constater qu'elle revêt des formes quelquefois assez insolites pour dérouter les médecins les plus expérimentés.

Lorsque l'éruption a disparu, lorsque la guérison est complète, il reste des cicatrices tout à fait caractéristiques.

Je n'ai vu l'état de la peau, après guérison, indiqué que dans une observation de Besnier et dans celle d'Hallopeau. Chez le malade qui fait le sujet de cette dernière observation, les cicatrices étaient végétantes, comme papillomateuses, sillonnées de brides presque fibreuses. C'est exactement ce qui s'est passé dans mes deux premières observations.

Dans la seconde, qui remonte à cinq ans, les cicatrices sont actuellement déprimées, blanchâtres, granuleuses, atrophiques et sillonnées de brides comme dans certaines formes de varioles confluentes de la face.

Aussi le malheureux est-il au désespoir attribuant, peut-être avec raison, à cet état de son visage, ses insuccès auprès du beau sexe, insuccès qui ne se seraient produits, au dire du malade, que depuis sa catastrophe iodurique.

Le sujet de ma première observation que j'ai revu il y a quelques jours à peine, c'est-à-dire trois mois après sa sortie de l'hôpital, a le visage et les mains couturées de cicatrices d'un rouge sombre, déprimées, végétantes et bridées dans tous les sens. Aussi, continuant la série de ses avatars professionnels et s'étant établi marchand de journaux dans un kiosque, a-t-il dû se couvrir les mains de mitaines pour éviter les questions indiscrètes de ses clients.

PRONOSTIC

Le pronostic, comme on le voit, est des plus sérieux. On cite même des cas de mort.

Duhring, dans son *Traité des maladies de la peau* (1), au chapitre concernant les éruptions médicamenteuses, après avoir énuméré les travaux antérieurs aux siens, rappelle le cas de Mackensie qui a pour sujet un enfant qui succomba à un purpura hémorrhagique, après la prise de 15 centigrammes de KI.

Barthélemy cite, en note, le fait d'un malade qui, prenant 4 grammes d'iodure de potassium par jour, mourut de variole hémorrhagique.

Je trouve également un cas de mort dans le *Journal italien des maladies vénériennes et de la peau* (1887). C'est la reproduction d'une observation de Wolf intitulée : *Forme pemphigoïde d'intoxication par l'iodure de potassium suivie de mort.* Le sujet de cette observation était une femme atteinte de néphrite subaiguë remontant à trois mois. La mort survint quelques jours après la prise de quelques grammes d'iodure de potassium.

Dans le cas d'Hallopeau, en dehors de la forme des cicatrices dont j'ai déjà parlé, la vue a été à peu près perdue.

Sans arriver à un aussi déplorable dénoûment, les éruptions ioduriques que je viens de décrire laissent après elles des traces indélébiles qui sont pour le malade l'objet de graves ennuis.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

On comprend que puisque les éruptions ioduriques graves se manifestent sous toutes les formes que revêtent à peu près toutes les dermatoses banales, c'est à l'anatomie des lésions élémentaires de la peau, tache purpurique, érythème, vésicule, bulle, pustule, que je devrais emprunter les matériaux de ce chapitre.

En un mot, il n'y a pas d'anatomie pathologique appartenant en propre aux éruptions dont je m'occupe.

Peut-être cependant le développement de la bulle iodurique pourrait-il être l'objet d'une modeste observation.

Dans la bulle superficielle telle que la décrit le professeur Renaut (de Lyon), le clivage s'opère au niveau de la couche granuleuse ; dans la bulle profonde, la bulle a pour plancher le derme lui-même et la couche génératrice a disparu. La bulle iodurique serait donc la

(1) DUHRING, traduction de COLSON et BARTHÉLEMY, p. 415 et 416.

bulle profonde du professeur Renaut ; la seule différence, c'est que celle-ci se développe là où la peau a une grande épaisseur comme à la plante des pieds ou à la paume des mains, tandis que celle-là siège à la face dorsale des mains, c'est-à-dire sur une région où la peau est très mince.

C'est là le seul signe caractéristique qu'il y ait à relever,

Il n'y a donc pas lieu d'attribuer à l'excitation des glandes sébacées les manifestations iodurиques. Celles-ci se traduisent presque aussi souvent par les formes sèches : purpuriques, érythémateuses, nodulaires, que par les formes humides : vésicules, bulles, pustules. Toutes les interprétations anatomo-pathologiques données par les auteurs que j'ai eu l'occasion de citer dans ce travail, pour localiser l'excitation iodurique dans certains organes exclusifs, me paraissent incomplètes et inutiles. Je n'insiste donc pas.

DIAGNOSTIC

Le diagnostic, ainsi qu'on peut s'en assurer par la lecture de mes observations et par ce que j'ai dit de celles que j'ai citées, ne va pas sans offrir certaines difficultés.

Il est surtout deux maladies avec lesquelles il est facile de confondre l'éruption iodurique pustuleuse et bulleuse.

Je ne parle pas du lupus qui ne se développe pas avec cette rapidité et qui n'occupe pas d'emblée des sièges aussi multiples.

La première impression qu'on éprouve à la vue de ces placards pustuleux, c'est de leur accoler l'étiquette d'*impetigo* et surtout d'*impetigo larvalis*.

Cette dernière affection, qui occupe la face par placards plus ou moins étendus, est caractérisée par des pustules agglomérées, recouvertes de croûtes épaisses, jaunâtres, mélicériques, croûtes qui, par la fusion de leurs bords, peuvent faire supposer que ces placards pustuleux sont recouverts par une croûte unique. Comme dans l'éruption iodurique, ces croûtes sont formées par le liquide séro-purulent ou séro-sanguinolent que les pustules laissent exhaler; l'impétigo est également sensible au toucher et repose sur une surface enflammée. Enfin, il est rarement précédé ou accompagné d'un appareil fébrile marqué. Les enfants qui en sont atteints ne manquent pas un seul jour l'école, absolument comme s'ils étaient en pleine santé, et les parents ne comprennent pas que pour un si léger bobo on éloigne leurs enfants de leurs petits camarades. Si l'impétigo larvalis est surtout fréquent dans l'enfance, je l'ai souvent constaté chez les adultes et même chez les personnes âgées.

Mais voici en quoi ces deux affections diffèrent :

Dans l'impétigo, les placards ont une forme irrégulière. Leurs

bords sont indécis ou, pour mieux dire, ces bords n'existent pas. L'éruption, en effet, s'éteint progressivement par l'espacement de plus en plus accentué des éléments pustuleux. Cela s'explique très bien, si on veut se rappeler que l'éruption impétigineuse s'étend, se propage surtout par auto-inoculation, par grattage.

Dans l'éruption iodurique, au contraire, les bords des placards sont nettement délimités et ne sont pas entourés de pustules isolées dénonçant une auto-inoculation.

De plus, l'élément anatomique est plus petit dans l'impétigo. Il est en effet constitué par une vésico-pustule qui l'a fait dénommer par beaucoup de dermatologistes : eczéma impétigineux ; et le professeur Hardy le classe même complètement dans les eczémas.

En dehors de ces deux signes, je ne vois rien qui permette de distinguer ces deux affections. Les commémoratifs sont donc ici de la plus grande utilité pour établir le diagnostic, et en présence de certains cas d'impétigo de la face, il faudra s'enquérir du traitement suivi les jours précédents.

Mais c'est avec la syphilis, ainsi que l'établissent non seulement mes deux observations, mais encore la plupart de celles que je connais, que la confusion peut le plus aisément se faire.

J'ai pu d'autant mieux étudier ce parallèle, qu'au moment où est entré le malade de ma première observation, j'avais depuis quelques jours, dans mon service, un syphilitique qui présentait une éruption ressemblant singulièrement à celle que je viens de décrire.

J'ai déjà fait, en relatant ma première observation, allusion à ce malade. C'était un homme jeune, 25 ans, doué d'une excellente constitution, qui était entré dans mon service vers la fin du mois de novembre 1890 avec un magnifique chancre en cocarde du reflet préputial. Je lui avais fait deux injections de calomel de 10 centigrammes chacune et à vingt jours d'intervalle. Estimant ce traitement illusoire, il quitta l'hôpital le 20 décembre, c'est-à-dire quelques jours après la seconde injection, pour aller se faire soigner ailleurs.

Il revient le 22 février, c'est-à-dire deux mois après sa sortie avec des gommes pharyngiennes, palatines, labiales, cutanées (front et menton). Toutes ces gommes étaient ulcérées, phagédéniques.

Sur la partie inférieure de la joue gauche se trouvait un placard de la dimension d'une pièce de 5 francs, constitué par des tubercules agglomérés, recouverts de croûtes presque semblables à celles de l'éruption iodurique. Au-dessus de ce placard, et formant un demi-cercle presque complet à concavité supérieure (demi-cercle qui aurait été complet s'il y avait eu un sixième élément), se trouvaient cinq tubercules de la dimension d'un gros pois, à la période de ramollissement et distant de 1 centimètre les uns des autres.

En plaçant ces deux malades l'un à côté de l'autre, et éliminant

bien entendu les autres lésions syphilitiques, il était très difficile d'établir une différence entre ces deux éruptions.

Mais ce qu'il y a d'absolument démonstratif, c'est l'évolution ultérieure de cette syphilis.

Ce malade se trouvait, lors de sa deuxième entrée à l'hôpital, dans un état déplorable. Maigre, débilité, anémique, presque cachectique, il lui était impossible d'absorber quoi que ce fût.

Atteint sans doute de syphilis stomacale et œsophagienne (car il est légitime d'établir l'hypothèse que des tubercules avaient pu se développer dans ces deux organes comme ils s'étaient développés, sur les lèvres, dans la bouche, le pharynx, le larynx, — il était aphone), dès qu'il prenait, sous n'importe quelle forme, soit un aliment, soit un médicament, il le rejetait *immédiatement* par le vomissement, absolument en nature.

C'est du reste le concours de tous ces accidents qui l'avait décidé à venir solliciter l'oubli de sa sortie par trop fantaisiste du 20 décembre 1890.

Il avait un excellent appétit qu'il ne pouvait satisfaire et ne présentait aucun phénomène fébrile.

C'est en présence de cette situation, sinon désespérée, au moins bien menaçante, que je me décidai à employer la voie rectale, aussi bien pour alimenter que pour médicamenter cet infortuné malade.

J'avais appris, dans mes fréquentations bisannuelles de l'hôpital Saint-Louis, à ne pas donner de mercure dans les formes ulcéreuses de la syphilis. Je renonçai donc aux frictions et aux injections hypodermiques, pour m'en tenir à l'iodure de potassium.

Je lui fis prendre deux lavements nutritifs par jour et, entre les deux, un lavement parfaitement toléré de 4 grammes d'iodure de potassium.

Huit jours plus tard, une amélioration considérable s'était produite dans toutes les lésions accessibles à la vue et certainement aussi dans les autres, car toutes les gommes commençaient à se cicatriser, les placards tuberculeux à s'affaisser et les vomissements étaient arrêtés.

A partir de ce moment, la voie rectale fut abandonnée et le malade commença à se nourrir généreusement. Je donnai donc 6 grammes d'iodure et un régime aussi reconstituant que possible.

Au bout d'un mois la résurrection était complète et le malade était littéralement transformé au physique comme au moral.

Cependant, alors que toutes les gommes étaient cicatrisées, les tubercules qui par leur situation formaient un demi-cercle incomplet, rétrocédaient lentement et étaient encore légèrement ulcérés. Je crus bien faire, pour activer la guérison, en portant à 8 grammes la dose quotidienne du médicament. Deux jours après, le sixième

élément tuberculeux s'était développé et le demi-cercle devenait complet.

Ce n'était évidemment pas un tubercule syphilitique, car il ne serait pas sorti, pour ainsi dire, comme celui-ci, d'une boîte à surprises. C'était certainement un tubercule iodurique et cependant, les médecins qui me font l'honneur de suivre ma visite et qui n'avaient pas été témoins, comme je l'avais été, de l'évolution rapide de cette lésion, ne faisaient pas de différence entre celle-ci et celles qui existaient déjà.

Néanmoins un examen un peu minutieux permettait de noter quelque différence dans l'aspect de la lésion. En dehors de la soudaineté de l'éruption, le nouveau tubercule, quoique d'un rouge sombre, était moins foncé que les autres. On notait de plus à son sommet un point jaunâtre dénonçant la formation de pus en ce point, processus de vésico-pustulation qui n'appartient pas au tubercule syphilitique.

Il m'était du reste facile de pousser la démonstration jusqu'au bout. Le traitement fut complètement suspendu et quarante-huit heures après, le tubercule iodurique entrait en résolution; cinq jours plus tard, il ne restait plus qu'une papule d'un rouge assez vif. Le traitement repris à la dose de 8 grammes amenait quarante-huit heures plus tard le développement de la papule résiduelle. Je ne crus pas devoir ne pas entendre cet organisme me criant : *Sat prata biberunt*, et le traitement fut derechef suspendu. Il sera plus tard repris à dose modérée. Pendant ces expériences ioduriques, l'éruption syphilitique n'avait pas sensiblement varié.

M'emparant de cet exemple, si j'avais méconnu la nature iodurique du sixième tubercule, j'aurais pu croire à une nouvelle poussée tuberculeuse syphilitique, en formation au moment où j'augmentais la dose de KI, et continuer l'administration du médicament et même en augmenter la dose. Dans ce cas la poussée iodurique aurait pu prendre le caractère de celle qui a affligé mon premier malade et ajouter aux dégâts syphilitiques ceux, sinon aussi graves, au moins très désagréables, de l'iodurisme.

Je n'ai pas observé de purpura iodurique. J'ignore donc si quelque symptôme peut, de prime abord, en dénoncer l'origine. Ce que j'ai lu ne m'a rien appris de spécial sur ce sujet. Les commémoratifs sont, dans ce cas, le guide le plus sûr.

L'aspect de l'éruption eczématiforme dont j'ai rapporté un exemple, par sa ressemblance comme physionomie générale, avec les éruptions pustuleuses, avait suffi pour me mettre sur la voie du diagnostic.

Les érythèmes ortiés étant souvent la manifestation cutanée de troubles gastro-intestinaux, le praticien est toujours amené, en présence de cette éruption, à interroger le malade et sur son régime alimentaire et sur les substances qu'il a pu absorber. Aussi ne fais-

je que mentionner, sans y insister, ces dermatoses ioduriques.

Quant à la forme bulleuse, j'avoue que si elle se montrait seule, sans le cortège des manifestations pustuleuses, le diagnostic pourrait être embarrassant.

Cependant le siège des bulles sur le dos des mains et la partie externe des avant-bras, leur volume, la tension exagérée qu'occasionne la quantité de liquide qu'elles contiennent, ce liquide lui-même qui, de séreux, ne tarde pas à devenir sanguinolent, l'ulcération d'un rouge foncé qu'elles découvrent lorsqu'elles éclatent, l'aspect granuleux de cette ulcération, l'auréole inflammatoire qui cercle leur base, tout cela me paraît constituer un ensemble de signes qui en caractérise suffisamment l'origine.

L'érythème polymorphe bulleux qui est de toutes les dermatoses celle qui aurait, avec cette éruption le plus de ressemblance, présente un état général autrement sérieux et une surface érythémateuse sur laquelle reposent les bulles, qui n'existent pas dans la dermatose bulleuse iodurique.

Mais, je ne saurais trop le répéter, c'est encore la vue qui est le meilleur guide dans le diagnostic des affections dont je m'occupe, et comme il n'est pas donné à tous les médecins d'en avoir observé, ce que j'en dis pourra servir, peut-être, de *mise en garde*, aux non-initiés.

PATHOGÉNIE

Maintenant pourquoi l'iodure de potassium, ce médicament qui est si universellement employé et qui produit chez presque toutes les personnes qui en prennent de légères folliculites, arrive-t-il, dans de très rares circonstances (puisque en somme le nombre des observations en est des plus restreints), à provoquer de pareilles éruptions qui entraînent des conséquences qui peuvent aller jusqu'à la mort?

C'est cette dernière question qui va m'occuper.

Je n'ai pas besoin de dire, car cela va de soi, que tous les auteurs qui ont publié des observations semblables aux miennes, les ont fait suivre d'une interprétation pathogénique. Je vais résumer ces opinions diverses pour essayer d'en dégager une doctrine quelconque.

Duhring, dans son chapitre sur les dermatites médicamenteuses, attribue ces éruptions, de quelque nature qu'elles soient, à la *prédisposition* (ouvrage cité, page 408).

Fournier, dans le mémoire cité sur le *purpura iodique*, énonce sa manière de voir de la façon suivante dans le paragraphe 3 de son résumé :

« C'est un phénomène rare (le purpura iodique) ne se produisant que chez certains malades *prédisposés* par *idiosyncrasie native* et éminemment sujet chez ces mêmes malades à récidiver et à recrudescence. » (Ouvrage cité, p. 664.)

Pour C. Pellizzari, il n'est pas douteux qu'il faille chercher la cause de ces éruptions dans une profonde altération de la crase sanguine, liée probablement aux combinaisons de l'iode avec les composés albuminoïdes du sang.

Suivant Thin, la partie globuleuse du sang étant altérée, les parois vasculaires ne restent pas longtemps normales et c'est alors que se produisent les extravasats, les hémorrhagies cutanées, l'amaigrissement et l'atrophie des organes. (*Annales de Dermatologie*, 1880, p. 366.)

Je le veux bien, mais pourquoi tous ces phénomènes se produisent-ils chez quelques-uns et pas du tout chez une infinité d'autres ?

Jullien opine, avec cet auteur, pour laisser à la chimie le soin de nous éclairer non seulement sur le rôle de l'iodure de potassium, mais encore sur le mécanisme général d'après lequel se produisent les symptômes si intéressants des éruptions pathogéniques.

E. Besnier, dans un mémoire publié par les *Annales de Dermatologie* (1882, p. 168) sur deux cas d'éruptions bulleuses et anthracoïdes dues à l'iodure de potassium, fait précéder ses deux observations de réflexions qu'il condense dans la formule suivante :

« Les sujets qui présentent ces éruptions (éruptions anomales de l'iodure de potassium ou dues à un médicament qui n'en produit ni communément ni spécifiquement : salicylate de soude, opium, quinine, mercure, etc.) ont tous pour caractéristique commune l'*intolérance* de ces médicaments aux doses ordinaires. De plus, chacun d'eux manifeste son intolérance à sa manière et c'est lui, non le médicament, qui détermine la *forme éruptive*, de sorte qu'on peut observer la même éruption produite par des substances différentes, ou des éruptions différentes déterminées par le même médicament.

« Dans l'éruption anomale due à l'iodure de potassium, le mode pathogénique n'est plus le même que celui qui produit l'acné iodique vulgaire et qui est dû à l'élimination par la peau du médicament absorbé et à l'irritation directe des points atteints. Il ne s'agit plus en effet que de phénomènes réfléchis dont le point de départ réside dans l'action du médicament sur le système nerveux, d'une région intermédiaire aux centres trophiques, très probablement des premières voies digestives. »

Dans le cas de Kaempfer (*Annales de Dermatologie*, p. 507, 1890), l'iodure de potassium produisait par l'estomac une éruption analogue à l'érythème noueux ; on adopte la voie rectale et la même éruption se produit : dans ce cas, le réflexe ne siégeait certainement pas dans les premières voies digestives.

Dans un travail de Celso Pellizzari et présenté par E. Besnier dans les *Annales de Dermatologie* (1885, p. 544), l'auteur, à propos d'une

observation qu'il rapporte et dans laquelle l'iodure ne pouvait être toléré par l'estomac qui le rejetait sous toutes les formes, le fit prendre en dragées. Sous cette forme l'estomac resta silencieux, mais une éruption ortiée intense se produisit qui augmenta tant que le malade prit le médicament ; mais, en augmentant la dose et en persévérant l'éruption disparut et ne revint pas.

L'auteur ajoute : « Ce cas confirme l'opinion que, en général, les éruptions iodiques peu communes sont propres aux individus qui ont de l'intolérance pour le médicament. »

(Cette proposition n'est pas absolument exacte, car des malades ont pu prendre de l'iodure de potassium pendant longtemps sans voir apparaître d'éruption, celle-ci ne se montrant que pendant le dernier traitement et sans que l'on sache pourquoi. C'est ainsi que le malade qui fait le sujet de ma première observation a pu faire un premier traitement complet à l'iodure de potassium sans manifestations cutanées et le deuxième, jusqu'au vingtième jour. De même le malade d'Hallopeau avait pris des quantités d'iodure de potassium sans inconvénient aucun lorsque se manifesta la première poussée iodurique.)

« Il montre d'autre part qu'on ne peut établir de rapport absolu entre l'action directe sur les voies digestives et l'action réflexe sur les vaisseaux de la peau.

« En effet, à plusieurs reprises le malade éprouva de l'intolérance de l'estomac sans éruption et celle-ci vint à son tour, alors que la tolérance fut obtenue et avec elle l'absorption du médicament. »

Prince Morrow cite, dans le travail qu'il a publié sur les éruptions médicamenteuses, des faits dans lesquels l'iodure introduit par d'autres voies que l'estomac a donné des éruptions ioduriques intenses.

La proposition de E. Besnier que je rappelle plus bas, n'est donc pas acceptée par tous les auteurs que je viens de citer.

E. Besnier fait précéder le travail de C. Pellizzari de quelques réflexions qui sont le reflet de celles que j'ai rapportées plus haut.

« Très variées dans leur forme, dit-il dans son langage imagé, malgré l'uniformité de la condition causale, elles sont au contraire (les éruptions ioduriques) toujours les mêmes chez les mêmes sujets qui peuvent, pour ainsi dire, les exécuter sur commande ; elles sont donc individuelles et personnelles. Les sujets qui les présentent diffèrent de la généralité des autres sujets ; ils ont une intolérance propre, une manière d'être particulière, une idiosyncrasie. »

Ce même auteur revient sur ce point avec de très importants développements dans son mémoire sur la pathogénie des érythèmes qui a paru dans le n° 1 des *Annales de Dermatologie* de 1890, pour confirmer sa doctrine de l'idiosyncrasie.

Le cas de Raymond (*Ann. de Derm.*, 1889, p. 588) vient à l'appui de cette thèse, puisque cette malade avait, antérieurement à son purpura iodurique, une prédisposition remarquable aux intoxications, une fois avec 5 centigrammes de santonine et une autre fois avec 2 grammes de salicylate de soude.

Prince Morrow, dans le volume que je citais tout à l'heure, discute les théories émises pour expliquer le développement des éruptions iodiques et, en dehors de l'idiosyncrasie, leur attribue une origine nerveuse.

Pour Hallopeau (*loc. cit.*), le médicament ou plutôt le poison, introduit dans la circulation, va déterminer en différents points du derme ou des muqueuses des phénomènes d'irritation qui amènent, par voie réflexe, une hyperémie locale qui bientôt est suivie de l'exsudat qui constitue le pemphigus en même temps que les troubles trophiques.

« Mais ce qu'on ne peut expliquer, c'est la différence des effets produits chez les divers sujets. Pourquoi chez notre malade le travail de végétation que, jusqu'ici, on n'avait jamais vu se produire sous la même influence ? » (Mes deux premiers malades ont présenté les mêmes phénomènes de végétations et de cicatrices atrophiques.) « Faut-il invoquer une réaction particulière des éléments des tissus ou des nerfs trophiques? Toujours est-il qu'elle semble bien produite par l'iodure, » car un vésicatoire appliqué chez ce malade s'est comporté comme chez tout autre sujet, « et n'eut pour conséquence ni les cicatrices ni les végétations consécutives aux bulles iodiques. L'idiosyncrasie, en vertu de laquelle se développent ces végétations ne consiste donc pas dans la propriété qu'aurait, chez ce malade, le derme mis à nu de réagir sous cette forme. Elle n'est mise en jeu que par l'action de l'iodure.

« Ce qu'il y a de remarquable, c'est de voir un médicament donner lieu à des altérations comparables à celles que produisent les maladies infectieuses et défigurer un malade comme le fait le lupus et la syphilis mutilante.

« Ce fait vient à l'appui de l'opinion qui attribue aux actions purement chimiques un rôle considérable dans la genèse des affections morbides. Il montre qu'une action toxique peut donner lieu non seulement à des inflammations érythémateuses, pustuleuses et bulleuses, mais aussi à des ulcérations suivies de cicatrices indélébiles et à des végétations très analogues aux condylomes vénériens. »

Enfin je termine cet exposé déjà bien long, mais que justifie amplement, je l'espère, l'importance du sujet, par l'opinion que le professeur Grancher vient de formuler dans une leçon, à propos de l'antipyrine, sur les éruptions médicamenteuses (*Bulletin médical*, 1891, p. 339).

M. le professeur Grancher préfère aux théories purement mécaniques la théorie par action dynamique proposée par Behrend. D'après cet auteur, les substances médicamenteuses produiraient des *modifications dans le sang;* elles donneraient naissance à des substances toxiques ou toxines qui agissant sur les centres nerveux provoqueraient la fièvre, l'abattement, etc.; l'exanthème, le coryza et autres phénomènes locaux seraient les symptômes d'une véritable intoxication. (On a vu que, dans la grande majorité des observations que j'ai citées, les phénomènes généraux ont été absolument nuls.)

Le professeur Grancher rappelle, à l'appui de cette théorie, l'action, à dose presque homéopathique, de la tuberculine « qui amène une réaction locale et une action générale très marquée; elle occasionne parfois des éruptions variées; généralement polymorphes, elles sont le plus souvent simplement érythémateuses. Mais il y a encore des éruptions vésiculeuses, vésiculo-pustuleuses et bulleuses; on a signalé l'urticaire et l'herpès labial.

« Dans le cas de production rapide de phénomènes d'intoxication, on peut supposer que le médicament provoque la *mise en action* de toxines préexistantes dans le sang ou dans les tissus, toxines qui étaient pour ainsi dire à l'état latent et qui n'attendaient qu'une occasion pour entrer en jeu. »

Le professeur Grancher termine ainsi sa leçon :

« Enfin, comme le dit M. Besnier, ce n'est pas le médicament, c'est le malade qui fait l'éruption. »

De l'exposé qui précède, il résulte que c'est la théorie de Besnier qui réunit la très grande majorité des suffrages, car j'ai dû, pour ne pas allonger indéfiniment ces extraits, ne mentionner que les opinions les plus accentuées.

Et cependant je ne crois pas qu'elle soit toute la vérité. Elle n'emporte pas la conviction comme le ferait par exemple une démonstration expérimentale.

D'ailleurs il y a toujours cette question qui reste sans réponse : Comment se fait-il qu'il y ait si peu d'idiosyncrasies réfractaires à l'iodure de potassium? Et encore, comment se fait-il que ces idiosyncrasies réfractaires se réveillent ou s'acquièrent au milieu d'un traitement suivi depuis longtemps déjà?

J'étais hanté, en présence de mon premier malade, par la pensée que ces manifestations cutanées de l'iodurisme, manifestations si semblables à celles que donnent les maladies infectieuses, pourraient bien être produites par un micro-organisme entrant en activité sur un terrain préparé par l'iodure de potassium. Les recherches microbiennes du professeur E. Boinet (*Annales de Dermatologie*, 1890, p. 856) sur quelques éruptions bulleuses, recherches qui lui ont permis de

constater dans la sérosité des éruptions pemphigoïdes liées à la pyémie, le microcoque qui existait aussi dans le sang, étaient un encouragement à m'engager dans cette voie.

Malheureusement l'outillage, pour de pareilles investigations, me fait actuellement défaut et je dois renvoyer à des temps meilleurs l'accomplissement de cette tâche.

Je conclus donc, à propos des éruptions ioduriques, que dans l'état actuel de nos connaissances, leur pathogénie est encore obscure et que des recherches microbiennes pourront peut-être un jour nous donner la clef de ce problème.

TRAITEMENT

Le chapitre du traitement n'est pas, comme il semblerait, un chapitre banal.

Sans doute le *diagnostic* une fois établi, l'*indication* est formelle ; et c'est pour aider à établir ce diagnostic que je suis entré dans des détails qui pourront paraître oiseux, s'il y a quelque chose d'oiseux dans ces sortes d'investigations. Quant à l'indication, elle est incontestablement commandée par l'étiologie de la dermatose, c'est-à-dire : il faut immédiatement supprimer l'iodure de potassium.

Certainement c'est la conduite qu'il faudra suivre lorsque la maladie contre laquelle le médicament a été prescrit n'exige pas un traitement énergique, d'autant plus qu'il est arrivé quelquefois que la médication iodurique était dirigée contre une syphilis qui n'existait pas. Cette éventualité doit toujours être présente à l'esprit du praticien ; elle l'incitera à revoir son diagnostic, comme le cas s'est présenté dans une de mes observations. Quelquefois c'est un syphilomane qui se gorge d'iodure de potassium, comme dans une observation de C. Pellizzari et dans celle d'Hallopeau.

Dans d'autres cas, l'iodurisme appellera l'attention sur l'état des reins et permettra de constater une albuminurie méconnue ou négligée.

Dans tous ces cas, la suppression du médicament est la règle absolue.

Mais il peut se faire que l'indication qui avait dicté l'usage de l'iodure persiste, impérative.

Dans une syphilis ulcéreuse, mutilante, phagédénique, à marche aiguë, comme dans le fait qui m'est personnel et que j'ai sommairement relaté au chapitre du diagnostic, le praticien peut persister dans le traitement.

Dans ce cas, il devra surveiller les progrès de la dermatose iodurique, qui sera négligée si elle se maintient dans les formes sèches ; mais si elle revêt les formes humides et surtout si celles-ci deviennent

menaçantes, il devra abandonner la voie stomacale pour utiliser le rectum. Il ne faut pas oublier toutefois que cette seconde manière d'administrer le médicament ne met pas absolument à l'abri des manifestations ioduriques sérieuses. J'ai vu, en outre, l'intolérance de l'intestin se produire comme celle de l'estomac.

Voilà, je crois, la pratique logique qui devra être suivie dans ce que j'appellerai le traitement général de l'iodurisme.

Quant au traitement local, il a aussi une certaine importance.

Le médicament supprimé, abandonnée à elle-même, l'éruption marche naturellement vers la guérison. Cependant les formes humides présentant un certain nombre de portes ouvertes aux infections ambiantes, il y a lieu d'aider et de hâter cette guérison.

La première indication est de faire tomber les croûtes qui recouvrent les placards, soit au moyen de cataplasmes de fécule de pomme de terre, confectionnés avec de l'eau boriquée ; soit, et c'est ce dernier moyen que je préconise lorsqu'il est possible, par des pulvérisations d'eau boriquée chaude multipliées dans le courant de la journée.

Pour les bulles, il faut les vider le plus tôt possible et panser les ulcérations mises à nu, aussi bien par celles-ci que par les placards pustuleux, avec l'emplâtre rouge de Vidal.

J'ai également essayé les poudres : oxyde de zinc, salicylate de bismuth, sous-nitrate de bismuth, talc de Venise, amidon, camphre ; les pommades à l'oxyde de zinc, au salicylate de camphre ; et de l'essai comparatif que j'ai pu ainsi établir, le pansement à l'emplâtre rouge est celui qui m'a donné les guérisons (sur le même malade) de beaucoup les plus rapides.

Une fois toutes les manifestations ioduriques complètement éteintes, s'il y a lieu de reprendre la médication, il ne faudra le faire qu'avec circonspection.

Quant aux cicatrices, je ne connais aucun moyen de les modifier et je n'ai pu répondre au malade qui fait le sujet de ma première observation, et qui me sollicitait ces jours-ci de les faire disparaître, qu'en l'engageant vivement à la plus complète résignation (1).

(1) Ce travail était terminé lorsque le numéro de mai du *Bulletin de la Société française de Dermatologie* est venu me donner les détails de la communication faite par mon confrère et ami le Dr Feulard à la séance du 14 mai 1891 sur un cas d'iodisme cutané.

Cette communication et la discussion qui a suivi confirment, avec la haute compétence des membres de la Société qui y ont pris part, quelques-uns des points que contient mon mémoire.

UN CAS D'ARTHROPHYTISME D'ORIGINE SYPHILITIQUE

Par le docteur **C. Rasch**, de Copenhague

Dans les auteurs on ne trouve pas grand'chose sur cette question dont il n'est pas même fait mention dans les traités de chirurgie et de syphiligraphie les plus nouveaux et les plus détaillés. Ayant parcouru toute la littérature sur les arthropathies syphilitiques (environ deux cents publications) au sujet d'un mémoire sur ces affections (1), nous n'avons trouvé que les deux indications suivantes.

Dans son traité sur la syphilis(2), Mayo écrit, en parlant d'une arthropathie syphilitique : « Il y avait de la tuméfaction et de l'hydarthrose de l'un des genoux, et on pouvait palper ici distinctement un corps adhérent, mais mobile, étant moins dur que du cartilage ; ce corps causait au malade la même gêne qu'un corps libre. » Cependant on a raison de douter de l'existence d'un corps libre dans ce cas, si succinctement décrit; la consistance molle semble plutôt indiquer qu'il ne s'agissait que d'une de ces plaques périarticulaires, qu'on trouve si souvent dans les arthropathies syphilitiques et qui sont si bien décrites par L.-A. Richet dans son excellent travail, faisant époque dans l'histoire de ces lésions (3).

Dans une thèse (4) présentée à la Faculté de médecine de Paris 1881, Toussaint cite deux cas d'arthropathies syphilitiques, compliquées de prétendus corps libres. La première observation est la suivante :

Obs. II (page 43). — X..., boulanger, âgé de 35 ans, syphilitique depuis plusieurs années. En 1878, il commença d'éprouver de la douleur au genou droit et de la difficulté dans la marche. A l'examen, M. Gailleton constata un volume considérable de l'articulation malade, un empâtement de la région, une collection de liquide très apparente et une hypertrophie de la synoviale. L'affection qui conservait une allure lente, subaiguë, présenta au bout de cinq mois une exacerbation plus forte que les précédentes et on

(1) Paru à Copenhague sous le titre suivant : *Laeren om de syphilitisek Arthropathier, monographisk fremstillet*. 174 pages, 1 planche. 1889. (Le cas mentionné ci-après est le cas VII de cette dissertation.)

(2) Mayo, *Treatise on syphilis*, London, 1840.

(3) Richet, Mémoire sur les tumeurs blanches (*Mémoires de l'Académie de médecine*. t. XVII. Paris, 1853).

(4) Toussaint, Des arthrophytes et de leurs rapports avec les diathèses rhumatismale, scrofuleuse et syphilitique. Paris, 1881.

découvrit à ce moment sur la partie externe de l'articulation, à la hauteur du genou, un corps dur résistant, et pouvant subir un déplacement sensible. Ce corps, d'une forme ovalaire, aplati et du volume d'un gros haricot, se sentait à travers l'épaisseur exagérée des tissus.

Le malade fut soumis du 10 septembre au 25 décembre à des frictions hydrargyriques et à l'iodure de potassium à hautes doses. A partir du 30 septembre, le corps, quoique resté dur, commençait à diminuer de volume. Le 10 décembre, on ne le trouvait plus que difficilement ; enfin le 25, le liquide était résorbé en partie et le corps entièrement effacé. Ainsi, après quarante-cinq jours de traitement, cette masse indurée, dont le retrait s'était opéré graduellement avec la résorption de l'épanchement, avait entièrement disparu et les fonctions du genou étaient rétablies malgré la persistance d'un léger empâtement articulaire.

Comme dans cette observation il n'est pas du tout parlé des symptômes rationnels d'un corps libre articulaire et comme ailleurs la maladie selon la description doit être considérée comme un beau type d'une péri-arthrite gommeuse avec des plaques périarticulaires, nous estimons que ce cas ne rentre pas dans notre sujet.

Voici la seconde observation de M. Toussaint :

Obs. III (page 44). — B..., né à Autun, âgé de 32 ans, journalier, avait toujours joui d'une bonne santé, lorsque, il y a sept ans, ses jambes vinrent à enfler et des douleurs se manifestèrent dans les deux genoux. A la suite d'un repos de quinze jours il put reprendre son travail pendant trois mois, puis le gonflement reparut tout en restant limité aux genoux et céda de nouveau au repos et aux frictions. Le même accident se renouvela plusieurs fois, et B..., qui attribuait sa maladie à l'humidité des lieux dans lesquels il travaillait, prit le parti de changer son métier pour celui de corroyeur, mais le gonflement des genoux n'en persista pas moins à se montrer à des intervalles plus ou moins éloignés. *Il y a neuf ans*, un médecin reconnut dans le genou gauche la présence de deux corps mobiles, l'un du côté interne, l'autre du côté externe de l'articulation. Lorque l'un de ces corps venait se placer pendant la marche en arrière de la rotule, il occasionnait une douleur très vive, qui forçait le sujet à s'arrêter tout à coup, et cet accident ne manquait pas de rendre chaque fois pour quelques jours le genou volumineux et douloureux. Le malade, au printemps de 1880, alla aux eaux d'Aix, mais n'en retira aucun bénéfice et comme il lui avait été dit qu'une opération était absolument nécessaire pour sa guérison, il se décida à entrer à l'Hôtel-Dieu de Lyon, le 22 juin 1880, où il fut placé salle Saint-Philippe, n° 7. Constatations faites à son arrivée : tuméfaction considérable du genou gauche, culs-de-sac synoviaux fortement distendus par du liquide, fluctuation et choc rotulien perçus très nettement. Pas de douleur dans l'articulation, flexion un peu limitée par l'abondance de l'épanchement ; sur la face interne et sur la face antéro-externe du genou, la palpation fait découvrir deux petites masses dures, mobiles, grosses comme une petite noix ;

celle qui se présente habituellement à la face antéro-externe n'est pas toujours sentie dans le même point et échappe quelquefois complètement à l'exploration en fuyant derrière la rotule. En outre, le malade porte à la face interne du même genou, un peu au-dessus des condyles une cicatrice à bords circinés, d'un rouge cuivré, avec marbrures blanchâtres d'une étendue de 3 à 4 centimètres dans tous ses diamètres et qui, depuis peu, s'est ulcérée en quelques points. Sur la face antérieure de la jambe se trouve une autre cicatrice qui en occupe à peu près le tiers; elle a les mêmes caractères que celle du genou et ne laisse, comme l'autre, aucun doute sur sa nature. Pas d'autres traces de syphilis, sauf une légère hyperostose de l'extrémité supérieure du tibia gauche. — Avant de procéder à une opération, on tient à obtenir la cicatrisation complète des petites ulcérations, qui pourraient compromettre les incisions, que l'on devra pratiquer pour extraire les corps étrangers. C'est dans ce but que le malade fut soumis à un traitement par l'iodure de potassium, 1 gr. 50 centigrammes par jour au début. On ne fut pas peu étonné au bout de quelque temps de voir les tumeurs diminuer de volume et s'amoindrir progressivement. Sans se rendre bien compte de cet effet on augmenta la dose du médicament, qui fut porté à 4 grammes par jour. L'effacement des corps étrangers mobiles se prononça de plus en plus et après quarante-huit jours de traitement ils avaient entièrement disparu. On avait ainsi obtenu un résultat, qu'on n'attendait pas, et à sa sortie de l'hôpital le 13 août 1880 le malade était guéri : les corps étrangers n'existaient plus et le genou gauche avait repris son volume normal. Il ne restait plus qu'un léger épaississement de la synoviale à la partie interne de l'articulation.

Nous avons cru devoir reproduire ce cas en détail, parce qu'il est le seul où le diagnostic d'arthrophyte semble certain. Nous doutons cependant qu'il s'agisse d'un véritable arthrophyte, car il nous semble peu probable qu'il ait pu se résorber à la suite d'un traitement antisyphilitique.

Nous passons maintenant à la description du cas qui nous a donné l'idée de ces recherches. L'observation est la suivante :

Syphilis dès l'enfance (syphilis héréditaire tardive ?). Arthrite chronique des deux genoux. Corps libres du genou droit. Surdité d'origine labyrinthienne. Otite interne double. Destruction de la cloison du nez avec effondrement du nez. Malformations dentaires considérables (autrefois hémichorée du côté droit et des irido-kératites répétées des deux côtés).

Albertine S..., 29 ans, célibataire, traitée à l'hôpital du Roi Frédéric, dans le service du chirurgien M. Plum, du 2 mars au 27 mars 1887. Il n'a pas été possible d'avoir des renseignements certains de syphilis chez les parents. Le père vit encore et serait bien portant. La mère est morte il y a plusieurs années relativement jeune après avoir été faible pendant plusieurs années. Elle souffrait surtout de douleurs névralgiques persistantes

à différents endroits du corps. La malade, qui était fille unique et qui a été élevée au sein de la mère, aurait eu, d'après le dire de la mère, une obstruction du nez et une éruption sur la tête, à l'âge de quelques mois seulement. Elle aurait plus tard été bien portante, quoique toujours un peu faible jusqu'à l'âge de neuf ans. A peu près à cette époque le nez commençait à s'affaisser. Déjà elle avait eu pendant longtemps un écoulement fétide et purulent par le nez. A peu près en même temps elle souffrait de kératites, qui ont récidivé plusieurs fois plus tard, et deux fois elle aurait été atteinte de cécité complète. A l'âge de douze ans, elle fut presque subitement sourde de l'oreille droite sans que jamais il y eut eu de l'écoulement par l'oreille. Plus tard elle devenait aussi sourde de l'oreille gauche, mais sans écoulement. A l'âge de quatorze ans, elle souffrait pendant six mois d'une hémichorée du côté droit. Ses deux genoux ont été faibles autant qu'elle se le rappelle. Elle tomba légèrement et elle les contusionna plusieurs fois. Dans sa treizième année, elle était alitée une fois pendant six semaines, une autre fois pendant huit semaines pour une hydarthrose du genou droit. Depuis cette époque ce genou a de temps en temps présenté des épanchements d'un caractère intermittent. Le gauche était en même temps atteint et offrait les mêmes symptômes que le genou droit, quoique à un moindre degré.

Du 27 novembre au 24 avril 1879, elle a été traitée dans un autre hôpital pour un corps étranger du genou droit. De l'observation de ce moment, on voit qu'elle a de temps en temps eu la sensation d'un corps, qui descendait subitement dans le genou, mais elle n'a jamais eu de douleurs vives. Dans le genou droit il y avait un léger épanchement et un épaississement de la capsule. Sur le côté interne de la rotule on sentait un corps allongé, inégal, de la grosseur d'une noisette. La rotule est très mobile, tous les mouvements sont libres, pas de sensibilité, pas de douleurs. Dans le genou gauche un état semblable, mais moins prononcé. En même temps on trouvait aux deux yeux des restes de vieilles kérato-iritis, un affaissement du nez et une destruction de la cloison et de l'ozène. Immobilisation du genou, douches nasales.

2 décembre. Pas d'augmentation sensible du genou malade (le droit), la rotule donne une légère sensation de frottement quand on lui imprime des mouvements sur les condyles. Le corps étranger peut être fixé aujour, d'hui dans la partie interne et supérieure de l'articulation. Sur le côté interne de la rotule on sent un faible épaississement de la capsule en forme de corde.

18 décembre. Excision du corps étranger, qui était de consistance cartilagineuse et de la grosseur d'une noisette lombarde. A l'examen microscopique, le corps libre se trouve formé d'un mélange bigarré de cartilage fibreux et de substance osseuse sans trace de pédicule.

14 janvier : la plaie est réunie par première intention : 18 janvier, nouvelle kératite à l'œil droit. 1er février : le genou droit est un peu enflé (il y avait un centimètre de différence en faveur du genou droit); massage. 18 mars : l'épanchement du genou droit se maintient sans changement malgré le massage, qui a été continué pendant quinze jours, et un bandage, avec lequel elle a marché. 10 avril : toujours un épanchement moyen

du genou, bande élastique de Marsin. 29 avril : l'épanchement a disparu; la malade est sortie.

Du 25 janvier au 16 avril 1880, elle a été traitée au même hôpital pour un ozène et pour une carie des os du nez (avec de l'iodure de potassium); pendant ce séjour à l'hôpital, on ne mentionne pas l'état des genoux. Elle avait en même temps une kérato-conjonctivite aiguë de l'œil gauche. De 1880 à 1888, l'état des genoux est resté à peu près stationnaire. Sentant de nouveau un corps mobile, la malade rentra le 2 mars 1888 à l'hôpital du Roi-Frédéric, comme il est dit plus haut. L'état des genoux était alors comme avant; il y avait un faible épanchement; les mouvements étaient exempts de douleur, mais étaient accompagnés de crépitation. La membrane capsulaire était flasque. Au genou droit on constata la présence d'un arthrophyte, qui fut enlevé par voie opératoire. Cet arthrophyte, de la grosseur d'une noisette était fixé par un long pédicule, qui fut coupé. Réunion par première intention de la plaie. La malade est sortie le 26 mars. Il y avait encore à ce moment un peu d'épanchement dans la capsule. Quand je l'ai vue l'année suivante (au mois de mars 1889), il y avait un épanchement assez considérable du genou droit, moins considérable du genou gauche (il y avait une différence d'un centimètre). Il y avait des épaississements épars de la capsule qui gardait toujours un état remarquable de flaccidité; pas de signe de nouvelle formation d'arthrophyte, pas de douleurs et pas de sensibilité.

Les deux rotules avaient une mobilité anormale sur les côtés. Il en résultait une gêne de la marche, par la tendance à se luxer en dedans. La malade est par conséquent toujours forcée de porter des bandages autour des genoux. Elle est presque complètement sourde. La perception osseuse est à peu près abolie des deux côtés. L'otoscopie n'offre pas de changements de la membrane du tympan. Encore un peu d'écoulement par le nez. Celui-ci est complètement effondré, la cloison est détruite; malformation dentaire considérable, pas de dents de Hutchinson, mais une forme, qui plutôt correspondrait à l'amorphisme de Fournier. Toutes les incisives sont obliques, plus étroites que normalement, plus épaisses, séparées par des espaces plus ou moins grands.

Nous avons donc ici à faire à une jeune fille, qui depuis son enfance a offert des symptômes de syphilis, qui d'après toute apparence serait d'origine héréditaire, quoiqu'on n'ait pu démontrer nettement cette origine. Depuis l'âge de neuf ans elle a offert l'un après l'autre des symptômes de syphilis tertiaire, ainsi une carie des os nasaux avec destruction de la cloison et affaissement du nez, des kératites récidivantes, une surdité double d'origine labyrinthienne et depuis l'âge de treize ans une affection des deux genoux, qui se montrait comme une hydarthrose chronique avec un épanchement de moyenne grandeur (les articulations sont seulement remplies de liquide à moitié, comme le dit Clutton dans une communication, dont il sera question plus tard), ensuite des petits épaississements épars de la capsule, qui était complètement indolente.

La maladie de la jeune fille, comme tant d'autres cas de syphilis héréditaire tardive, avait été considérée et traitée pendant plusieurs années comme scrofulose (jusqu'à l'âge de vingt et un ans). Elle avait alors pour la première fois subi un traitement antisyphilitique.

Pour ce qui concerne la forme de l'arthropathie syphilitique, nous avons eu à faire ici à un cas du genre de ceux que Clutton a décrit dans *The Lancet*, 1886 (1). Il en communique onze cas. L'affection se montrait chez des enfants de huit à quinze ans, se manifestait par une synovite de longue durée des deux genoux, symétrique et indolente. Les genoux conservaient la liberté des mouvements de telle sorte que les malades pouvaient marcher. Ils ne se plaignaient ordinairement que d'un peu de raideur dans l'un des genoux, que l'on trouvait plein de liquide; mais en même temps on trouvait une collection de liquide moindre dans l'autre genou. Dans un cas il y avait deux ans entre l'origine de l'affection dans les deux genoux et dans plusieurs autres il n'y avait que quelques mois. On ne trouvait pas d'autres articulations atteintes. Dans quelques cas il y avait un gonflement considérable de la capsule, qui chez un malade « gave impression of loosebodies in the joints», mais dans la plupart des cas il n'y en avait pas. Les articulations n'étaient jamais distendues par le liquide, mais donnaient une fluctuation flasque comme si elles étaient à moitié remplies. Il n'y avait pas de gonflement des extrémités osseuses; seulement dans un cas il y avait de la sensibilité. L'affection durait trois, six à douze mois. Clutton traitait quelques cas avec des attelles et du repos, mais ceci fut sans influence sur l'affection. Il obtenait, au contraire, une guérison complète par le traitement antisyphilitique, mais il déclare ce traitement moins actif que dans la syphilis acquise. Sept des malades avaient ou avaient eu une kératite interstitielle double, trois une kératite, unilatérale, quatre avaient eu une ostéite du tibia, quatre avaient des dents de Hutchinson et deux étaient atteints de surdité.

M. Fournier, qui, dans son traité classique sur la syphilis héréditaire tardive, rapporte ce mémoire en détail, est forcé d'avouer que les cas sont bien observés, mais il fait en même temps remarquer qu'il n'a jamais vu une affection semblable et attire l'attention sur ce fait, qu'on trouve quelquefois des cas qui s'imposent comme de l'hydarthrose simple, mais qui en vérité sont dus à des affections osseuses. L'épanchement masque alors l'affection primitive, qui quelquefois peut être tout à fait circonscrite et par ce fait échappe à l'examen.

Je croirais volontiers que Clutton est dans le vrai, et que ses observations sont des cas d'arthrite chronique, sur la nature de

(1) Clutton, *Symmetrical synovitis of the knee in hereditary syphilis* (*The Lancet*, 1886).

laquelle on ne peut pas avoir une idée tout à fait précise, parce qu'il n'existe pas d'examen anatomo-pathologique. Cependant, elle nous paraît être de la même espèce que celle décrite dans les cas de syphilis acquise, c'est-à-dire une arthrite chronique hypertrophique avec formation de prolifération villeuse (1). Cette affection a aussi une certaine tendance à s'attaquer sur les articulations symétriques. En outre, Clutton insiste sur ce fait qu'il n'y avait pas de gonflement des extrémités osseuses et que dans quelques cas il y avait gonflement de la capsule.

Mon cas concordant complètement avec la description des cas incontestables de Clutton, je crois qu'il est hors de doute que j'ai eu à faire ici à une arthropathie syphilitique. Qu'est-ce que cela serait d'ailleurs? La maladie a duré pendant au moins dix-sept ans (probablement un peu plus longtemps) sans que jamais aucune autre articulation ait été attaquée, et sans qu'il y ait eu de la fièvre ou des symptômes du côté du cœur, de même on ne peut pas démontrer une disposition rhumatismale dans la famille de la malade. L'inefficacité de l'iodure de potassium peut très bien provenir du fait que la maladie a duré au moins pendant huit ans avant que ce moyen ait été appliqué pour la première fois. Dans les cas de Clutton, la plus grande durée de la maladie n'a été que d'une année.

En ce qui concerne la formation de l'arthrophyte, on est prié de considérer les points suivants dans leur ensemble. Dans l'un des cas de Clutton, on sentait des épaississements discrets de la capsule, qui donnaient l'impression de corps libres; dans mon cas on trouvait des épaississements épars de la capsule; le dernier des corps mobiles extirpés était pédiculé; il a été démontré par des autopsies, que dans les cas de syphilis acquise il existe une arthrite avec de la prolifération villeuse de la synoviale; les arthrophytes se développent souvent d'après l'opinion de tout le monde à la suite d'une synovite villeuse; on nous accordera donc qu'il y a une *vraisemblance touchant à la certitude pour qu'ici nous ayons eu à faire à une formation d'arthrophyte d'origine syphilitique.*

(1) Chondro-arthrite syphilitique, une forme spécialement décrite par Virchow sous le nom de chondrite syphilitique dans le *Berl. klin. Wochenschrift*, 1884, et dont j'ai observé et décrit trois cas. Voir le mémoire danois mentionné et l'*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1891 (*Beitrag zur Kenntniss der syphilitischen Gelenkkrankheiten*).

RECHERCHES EXPÉRIMENTALES SUR L'INOCULATION DES PRODUITS SCROFULO-TUBERCULEUX

ET EN PARTICULIER DU LUPUS VULGAIRE

Par le Professeur **H. Leloir**

Communication faite au Congrès pour l'étude de la Tuberculose (juillet 1891).

C'est à la pathologie expérimentale que nous devons la première démonstration péremptoire de la nature tuberculeuse du lupus vulgaire, que les recherches cliniques et anatomo-pathologiques de Volkmann, de Besnier, Friedlænder, Köster, Leloir, Cornil, Renaut, etc., avaient fait soupçonner sans pouvoir l'établir d'une façon absolue.

L'histoire des recherches expérimentales faites dans le but de déterminer la nature exacte du lupus vulgaire est intéressante et instructive tant au point de vue de la pathologie générale qu'au point de vue de la pathologie spéciale.

Les magnifiques expériences de Villemin et de ses successeurs ayant depuis longtemps démontré l'inoculabilité de la tuberculose, il doit, inoculé dans de bonnes conditions expérimentales, reproduire la tuberculose.

Ces inoculations que je pratiquai d'abord sous la peau des animaux avec des parcelles insuffisantes comme volume de tissu pathologique me donnèrent tout d'abord des résultats négatifs.

Mais plus tard en 1881, ayant modifié entièrement ma technique de 1878-79, j'obtiens des résultats positifs, lesquels deviennent pour ainsi dire la règle à partir de 1884, grâce à une technique perfectionnée.

C'est ainsi que je puis écrire en 1883 et répéter en 1884, au Congrès international des Sciences Médicales de Copenhague, que le lupus vulgaire doit être considéré comme une des variétés de la tuberculose cutanée.

C'est ainsi que je pus ensuite dans une série de travaux, grâce à la pathologie expérimentale, démontrer la nature tuberculeuse des variétés atypiques du lupus vulgaire, du lupus des muqueuses, et de

certaines lésions portant sur le système lymphatique (lymphangites, adénopathies) qui compliquent dans certains cas le lupus vulgaire.

L'étude attentive de la technique des inoculations expérimentales de produits scrofulo-tuberculeux et en particulier de produits lupeux est d'une importance majeure tant au point de vue de la pathologie générale que de la pathologie spéciale.

Pour éviter les longueurs, je vous présente un résumé succinct des résultats que j'ai obtenus en me basant sur L'INOCULATION DE PLUS DE 200 CAS DE LUPUS.

Comme je ne cesse d'y insister depuis ma communication de 1882 à la Société de Biologie, le choix de l'animal et de la région, la technique opératoire ont une grande importance au point de vue de la compréhension des résultats obtenus en inoculant des produits scrofulo-tuberculeux.

Comme je l'ai démontré dans une série de travaux publiés sur ce sujet, il faut, lorsque l'on inocule des produits scrofulo-tuberculeux, en particulier le lupus, employer le cobaye et inoculer cet animal d'après la méthode intra-péritonéale ou d'après ma méthode mixte (hypodermo-épiploïque) qui permet tout d'abord d'obtenir une tuberculose locale hypodermique se généralisant ultérieurement. Si l'on veut employer le lapin, il faut inoculer cet animal dans la chambre antérieure de l'œil.

Ainsi que j'y ai insisté beaucoup depuis 1884, il faut avoir soin d'inoculer non pas de petits, mais de gros morceaux.

J'ai en effet constaté que les résultats négatifs obtenus en inoculant des portions de tissu lupeux provenaient de ce que le morceau était trop petit. Le fait n'a rien qui doive nous surprendre si l'on tient compte de la minime quantité de bacilles qui se trouve d'ordinaire dans le lupus vulgaire. On conçoit très bien que, en inoculant un gros morceau de lupus, on aura plus de chances d'inoculer plus d'agents de la tuberculose.

Le temps au bout duquel on doit sacrifier l'animal en expérience est assez variable. Laissant de côté la tuberculose de la chambre antérieure de l'œil du lapin, en général évidente au bout d'une quinzaine de jours, l'on peut dire que, en ce qui concerne la méthode ordinaire (inoculation intra-péritonéale ou méthode dermo-épiploïque chez le cobaye), plus le nodule d'inoculation est gros, moins il faut attendre.

En général, lorsque l'inoculation (intra-péritonéale) est bien faite, le cobaye est nettement tuberculeux au bout de six semaines à deux mois; il l'est certainement au bout de deux à quatre mois, sauf dans des cas exceptionnels où il faut attendre quatre à six mois.

Certains lupus peuvent produire rapidement (en trois à quatre semaines) une tuberculose étendue chez le cobaye (inoculation intra-

péritonéale). Ils peuvent déterminer la tuberculose du lapin et du cobaye par inoculation sous-cutanée (2 cas sur 200 cas). Ces lupus sont anormalement riches en bacilles et se rapprochent des tuberculoses franches du tégument.

La méthode créée par H. Martin pour la tuberculose en général doit être appliquée aux inoculations de tout produit scrofulo-tuberculeux, du lupus en particulier.

Plus l'on s'écarte du premier terme de la série, plus la tuberculisation de l'animal est précoce et rapide dans son évolution. Malgré cela, ce n'est guère que vers le deuxième ou le troisième mois qu'il faut sacrifier les cobayes de la deuxième série, vers le deuxième mois les cobayes de la troisième série et vers la sixième semaine les cobayes de la quatrième série. Le peu de richesse en bacilles de la tuberculose viscérale du cobaye obtenue par l'inoculation du lupus devait prévoir ces résultats.

Une série d'expériences, que je suis d'ailleurs en train de poursuivre avec l'aide de mon préparateur et ami M. Tavernier, m'ont démontré que la tuberculose viscérale du cobaye résultant de l'inoculation du lupus dans le péritoine de cet animal ne prend pas à la première série, même malgré une attente prolongée de sept à huit mois, quand on l'inocule dans l'hypoderme du lapin.

Cela tient évidemment d'une part à ce que le lapin est plus réfractaire à l'inoculation tuberculeuse que le cobaye, comme y a à juste raison insisté Arloing, *mais cela tient surtout à ce que l'hypoderme en général constitue un mauvais milieu de culture pour le virus scrofulo-tuberculeux, ainsi que je l'ai démontré depuis* 1882.

En effet, comme je le répétais encore en 1888 au Congrès de la Tuberculose, ces mêmes produits lupeux inoculés chez le lapin dans un milieu de culture favorable (la chambre antérieure de l'œil du lapin) donnent la tuberculose à cet animal.

D'autre part, comme je l'ai démontré depuis 1878-79, le lupus inoculé dans l'hypoderme du cobaye ne donne pas la tuberculose à cet animal, tandis qu'inoculé dans le péritoine, bon milieu de culture, il produit presque infailliblement la tuberculose.

Mais, chose importante, des morceaux de viscère tuberculeux du cobaye (première série), rendu tuberculeux par inoculation intra-péritonéale de lupus, ne donnent pas la tuberculose, si on les inocule sous la peau d'un autre cobaye, malgré une attente de plusieurs mois (10 cas).

EN RÉSUMÉ

Le lupus produit chez le lapin et le cobaye, quand on l'inocule dans un milieu approprié (péritoine du cobaye, chambre antérieure de l'œil du lapin), *une tuberculose incontestable* comme en témoignent les inoculations en série et la recherche des bacilles.

L'on ne peut donc, en ce qui concerne le lupus, distinguer ce produit scrofulo-tuberculeux de ceux de la tuberculose franche, en disant qu'il n'est pas inoculable au lapin, mais qu'il est inoculable dans l'hypoderme du cobaye.

Mais cette tuberculose est peu virulente, puisqu'elle ne peut prendre ni chez le lapin ni le cobaye dans un milieu où prend d'ordinaire la tuberculose franche, c'est-à-dire dans l'hypoderme.

Bien plus, malgré son passage dans l'animal (péritoine du cobaye), *cette tuberculose n'accroît que très difficilement sa virulence.*

Il existe donc, entre la tuberculose franche et la scrofulo-tuberculose du lupus, une différence très prononcée. La tuberculose franche prend partout, en général, comme l'ont montré les travaux de Villemin, Chauveau, Conheim, Arloing, Koch, Cornil, Verneuil, Babes. *Le lupus ne prend que dans certains milieux appropriés.*

Le lupus est donc une tuberculose locale.

Mais cette variété de tuberculose présente quelque chose de spécial. En effet, elle n'arrive pas à tuberculiser le lapin, à moins que l'on n'inocule cet animal dans la chambre antérieure de l'œil. Elle n'arrive pas à tuberculiser le cobaye, à moins que l'on n'inocule cet animal dans le péritoine ou d'après ma méthode dermo-épiploïque.

En outre, pour réussir, *il faut inoculer de gros morceaux de lupus.*

Enfin cette tuberculose consécutive à l'inoculation de produits lupeux *évolue lentement.*

Le lupus doit donc être considéré comme une tuberculose tégumentaire peu virulente, peu riche en agents pathogènes, en général distincte de la tuberculose vulgaire classique par ses caractères spéciaux qui peuvent se résumer ainsi :

1° Petit nombre de bacilles;

2° Nécessité d'inoculer de gros morceaux;

3° Nécessité d'inoculer dans un milieu favorable:

4° Nécessité d'inoculer un animal favorable;

5° Lenteur de l'infection de l'animal.

Ces caractères spéciaux, ce peu de virulence de la variété de tuberculose tégumentaire désignée sous le nom de lupus vulgaire, dépendent-ils seulement, comme je l'ai écrit depuis 1883 et comme l'a ultérieurement dit Nocard, de ce que le lupus renferme peu de bacilles ? Faut-il au contraire admettre, comme Arloing semble vou-

loir le supposer, que la scrofulo-tuberculose dont le lupus est une des branches, est occasionnée par un virus spécial ou tout au moins distinct du virus tuberculeux ordinaire par les qualités de sa virulence (1).

Les faits que j'ai observés me portent plutôt à admettre que, dans l'état actuel de la science, le lupus doit être considéré comme une tuberculose peu virulente, mais en somme comme une tuberculose.

Comme je l'ai dit, il ne semble pas qu'il y ait de différence essentielle entre la scrofulo-tuberculose et la tuberculose vraie.

Ainsi que je l'ai écrit en 1882, c'est :

Affaire de technique : placer le morceau inoculé dans des conditions favorables au développement du virus (chambre antérieure de l'œil du lapin, péritoine du cobaye);

Affaire de temps (il y a peu de virus, il lui faut du temps pour se développer);

Affaire d'animal (l'animal ne doit pas être trop réfractaire à l'agen tuberculeux).

L'animal réactif de choix est le cobaye.

Le lapin, loin d'être un animal devenant follement tuberculeux, comme on l'a dit à tort, le devient trop difficilement;

Affaire de quantité de virus (il y a peu d'agents tuberculeux dans la scrofulo-tuberculose; il faut inoculer de gros morceaux, ce qui n'est pas toujours facile).

Donc la question semble se réduire à une affaire de *quantité* de virus (peu pour la scrofulo-tuberculose, beaucoup pour la tuberculose franche) et non à une affaire de *qualité*, de virulence moindre du bacille de Koch.

Toutefois il n'est pas absolument certain, dans l'état actuel de la science, qu'il n'y ait pas aussi une différence de qualité, de virulence moindre.

Quelques expériences que j'ai entreprises il y a plusieurs années, expériences bien incomplètes d'ailleurs, que d'autres recherches m'ont forcé d'interrompre, et que je suis en train de poursuivre de nouveau semblent plaider en faveur de l'hypothèse qu'il s'agit ici d'une différence quantitative et non qualitative.

J'ai obtenu en effet des choses analogues, mais non absolument semblables dans quelques cas, en inoculant des produits tuberculeux francs, étendus, dilués dans une substance inerte stérilisée.

J'ai inoculé des parcelles de cette substance tuberculisée dans

(1) J'applique au lupus à propos d'Arloing ce que cet éminent expérimentateur a appliqué à la scrofulo-tuberculose en général, bien que les recherches d'Arloing aient porté surtout sur des produits scrofulo-tuberculeux autres que le lupus et sur un seul cas de lupus, comme il l'a dit en 1888.

l'hypoderme de lapins et de cobayes (3 lapins, 5 cobayes). Toutes ces inoculations ont été négatives.

De minimes parcelles de la substance introduites dans le péritoine de trois cobayes m'ont donné dans deux cas (au bout de cinq mois dans un cas, de quatre mois dans l'autre) une tuberculose généralisée ayant pour point de départ l'abdomen.

Chez deux cobayes, ayant inoculé une quantité beaucoup plus considérable (masse grosse comme un haricot) de cette substance tuberculeuse diluée, j'ai produit chez ces deux cobayes une tuberculose classique des viscères abdominaux et du poumon au bout de cinq semaines chez l'un et de six semaines chez l'autre.

Si l'on compare ces résultats à ceux signalés par d'autres expérimentateurs qui relatent avoir obtenu presque constamment une tuberculose évidente se généralisant, lorsqu'ils ont inoculé le cobaye et le lapin dans l'hypoderme avec des produits tuberculeux francs, l'on voit que ces expériences bien incomplètes d'ailleurs tendraient à montrer qu'avec le même produit tuberculeux, l'on peut par inoculation obtenir des effets dissemblables suivant que le produit virulent est *dilué* ou non.

Ici les résultats obtenus rappellent, par la lenteur de l'évolution de la tuberculose, la nécessité d'inoculer de grandes quantités de substance, de l'inoculer à un animal de choix, dans un milieu approprié, ceux que l'on obtient en inoculant des produits scrofulo-tuberculeux. Là, au contraire, le même produit tuberculeux inoculé à l'état pur donne lieu aux phénomènes que l'on observe lorsqu'on inocule la tuberculose vulgaire classique. Si des recherches expérimentales ultérieures basées sur un nombre de faits suffisamment nombreux et suffisamment précis venaient corroborer les recherches précédentes encore bien insuffisantes d'ailleurs, ces faits viendraient encore à l'appui de l'opinion que nous émettions plus haut, à savoir : qu'il n'y aurait entre la scrofulo-tuberculose et la tuberculose, au point de vue de la virulence, qu'une différence quantitative et non qualitative.

Mes expériences me porteraient même à considérer les gommes scrofulo-tuberculeuses (dermiques, hypodermiques et ganglionnaires) comme des produits tuberculeux plus virulents que le lupus, bien que moins virulents que la tuberculose vraie.

En effet, quand on inocule des parcelles de gommes dans le péritoine des cobayes, l'on obtient en général plus rapidement une tuberculose généralisée que lorsqu'on inocule du lupus.

D'autre part, comme l'ont démontré Villemin, Colas (de Lille), Lannelongue, Koch, etc., ces gommes scrofulo-tuberculeuses sont inoculables souvent dans l'hypoderme du cobaye et même dans l'hypoderme du lapin.

La tuberculose tégumentaire pourrait donc au point de vue de la virulence se classer ainsi en suivant une progression croissante dont le lupus serait le terme le moins virulent et la tuberculose franche des muqueuses et de la peau le terme le plus virulent.

Le lupus;
Les gommes scrofulo-tuberculeuses tégumentaires;
La tuberculose vraie des téguments.

Pour terminer je dois noter en outre que les animaux inoculés avec du lupus ne sont pas vaccinés contre la tuberculose, ainsi que je l'ai pu constater dans les expériences nouvelles entreprises après la communication que j'avais faite sur ce sujet en 1883 avec Cornil à la Société de Biologie et après les recherches faites sur ce sujet par Babes.

RECHERCHES NOUVELLES
SUR L'ACTION COMBINÉE DU BACILLE DE KOCH

ET DES AGENTS DE LA SUPPURATION DANS L'ÉVOLUTION DU LUPUS VULGAIRE

Par M. le professeur **H. Leloir** et **A. Tavernier**

Communication faite au Congrès pour l'étude de la Tuberculose (juillet 1891).

Les recherches entreprises depuis longtemps par l'un de nous (1) et que nous n'avons cessé de poursuivre depuis lors, nous ont démontré que les lupus secs « *non exedentes* » ne renferment pas de microbes de la suppuration.

Au contraire, les lupus ulcéreux en renferment un grand nombre, et ces microbes de la suppuration nous ont semblé d'autant plus abondants que le lupus suivait une marche plus rapidement ulcéreuse.

D'autre part, l'action des agents de la suppuration dans l'ulcération du lupus en voie d'évolution ou récemment cicatrisé est démontrée par les faits suivants : Un lupus non exedens, à tubercules secs, est traité au moyen de méthodes déterminant une certaine inflammation et partant de la suppuration au niveau des nodules lupeux : cautérisation, raclage, préparations irritantes. — Ici plusieurs cas peuvent se présenter. — Tantôt, et c'est le cas de beaucoup le plus fréquent, l'on voit le placard lupeux se cicatriser au bout d'un certain temps sous l'influence d'un traitement bien institué.

Tantôt, au contraire, l'on voit (dans des cas exceptionnels d'ailleurs) certains tubercules lupeux en nombre plus ou moins grand, souvent les tubercules traités (en général incomplètement traités), mais aussi, dans d'autres cas, les tubercules lupeux situés dans le voisinage du foyer d'action thérapeutique se mettre à s'enflammer, à se couvrir de croûtes, à prendre un aspect mollasse, fongueux, à s'ulcérer.

(1) H. Leloir, *De l'action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration dans l'évolution du lupus vulgaire* (*Médecine moderne*, novembre 1890).
H. Leloir, *Leçons sur le lupus* (*Journal des maladies cutanées et syphilitiques*, octobre-novembre 1890).

L'on institue alors un traitement destructif encore plus énergique, et malgré l'intensité et l'énergie de ce traitement, l'on voit s'accroître en largeur et en profondeur l'ulcération du placard lupeux.

Bien plus, l'on voit dans certains cas les tissus ambiants qui, à l'œil nu et à la loupe, paraissent absolument indemnes de tout infiltrat lupômateux s'ulcérer avec une rapidité plus ou moins grande. Ainsi se produisent des ulcérations à marche souvent assez envahissante, souvent assez étendues et profondes, et sécrétant un pus très abondant.

Dans de pareils cas, devant l'insuccès de mes procédés thérapeutiques appliqués à ce que je croyais être des ulcérations d'essence lupeuse à marche rapide, devant l'aggravation même des lésions, résultant incontestablement de la thérapeutique que j'employais, je me suis demandé si je n'étais pas en présence d'ulcérations, non pas d'essence lupeuse, mais d'ulcérations en relation avec les microbes de la suppuration.

J'instituai alors un traitement destiné non pas à détruire le lupus, mais à combattre les phénomènes suppuratifs, traitement qui, j'y insiste, n'avait aucune action sur d'autres foyers lupeux ulcérés ou non ulcérés, observés chez le même sujet, et qui avait pour base le sous-carbonate de fer, l'acide salicylique, l'acide borique, le salol, l'aristol; et la marche de ces ulcérations était enrayée en vingt-quatre heures, quarante-huit heures, tout au plus et en quelques jours, celles-ci étaient complètement cicatrisées.

Il m'est impossible, devant de pareils faits, de ne pas admettre que ces ulcérations étaient non pas en rapport avec l'agent pathogène du lupus, mais très probablement en relation avec des agents pathogènes indépendants de celui-ci, probablement les microbes de la suppuration.

J'ai été frappé de la richesse du pus de ces ulcérations en staphylococci, en particulier en staphylococci aurei dont avec l'aide de M. Tavernier, j'ai pu obtenir de belles cultures pures.

Je me demande donc si, dans ces cas, les ulcérations, l'aspect mollasse et fongueux des tissus antérieurement secs, durs et non ulcérés, ne doivent pas être attribués à l'action d'agents nouveaux, venant ajouter leur influence à celle du bacille de Koch. Cet agent nouveau semble être un des agents de la suppuration, et me paraît être, autant que j'en puis juger d'après les cultures bactériologiques que j'ai entreprises en collaboration avec M. Tavernier, le staphylococcus aureus.

Ces faits montrent donc, en ce qui concerne le lupus, que les agents de la suppuration jouent un rôle plutôt nuisible qu'utile, contrairement à ce que nous disait ce matin mon éminent maître et ami M. le Dr Verneuil à propos des abcès froids.

Qu'il nous soit permis à ce propos de rappeler une note que l'un de nous avait publiée dans son travail intitulé : De l'action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration dans l'évolution du lupus, paru le 27 novembre 1890, dans la *Médecine moderne :*

« J'avais essayé, il y a un certain nombre d'années, de traiter les lupus, en produisant au niveau des nodules lupeux une suppuration abondante au moyen de pommade à la sabine, etc., espérant que les microbes de la suppuration auraient joué le rôles de « microbes gendarmes » vis-à-vis du bacille de Koch. Ces essais thérapeutiques m'ont donné de mauvais résultats.

« J'ai obtenu le contraire de ce que je voulais. »

Je le répète donc, en ce qui concerne le lupus, l'action des agents de la suppuration doit être évitée à tout prix, car, loin de jouer le rôle de microbe gendarme, comme je l'avais cru dans le temps, ils jouent le rôle des microbes destructeurs, ulcérants et diminuant la résistance des tissus.

D'autre part, nos recherches nous portent à croire que, dans la grande majorité des cas, la suppuration est sous la dépendance des microbes pyogènes comme nous l'ont démontré depuis 1886 nos recherches histologiques et bactériologiques.

Dans la thérapeutique du lupus, l'on doit donc s'occuper non seulement de la destruction du bacille de Koch, mais aussi des microbes pyogènes.

C'est sur ces données qu'est basé en grande partie le traitement du lupus, tel que l'un de nous (1) l'a institué à l'hôpital Saint-Sauveur.

1) H. Leloir, *Traitement du lupus* (*Bulletin médical*, janvier 1891).

NOTE SUR LA NATURE D'UN LUPUS ÉRYTHÉMATEUX

Par **H. Hallopeau** et **E. Jeanselme**

Communication faite au Congrès pour l'étude de la Tuberculose (séance du 29 juillet 1891).

La nature du lupus érythémateux est encore actuellement l'objet de vives controverses : tandis que l'école viennoise en fait une espèce morbide sans aucune relation avec la tuberculose, M. Besnier, s'appuyant sur les faits cliniques, le considère comme une manifestation de cette maladie ; enfin, d'après M. Leloir, on confondrait, à tort, avec le lupus érythémateux non inoculable et par conséquent, d'après les idées régnantes, non tuberculeux un lupus érythématoïde inoculable et par conséquent tuberculeux. L'observation suivante ne permet certainement pas de trancher le différend et de fixer la pathogénie du lupus érythémateux, mais elle paraît devoir jeter une certaine lumière sur cette difficile question.

Il s'agit d'un homme de trente-cinq ans, qui a souffert, dans son enfance, d'abcès ganglionnaires longtemps fistuleux. A l'âge de quatorze ans, il a vu apparaître, au-dessous de l'angle externe de l'œil droit, une tache rouge qui a envahi successivement les régions sourcilière, temporale et malaire correspondantes. Du côté gauche s'est développée une lésion analogue qui a suivi la même évolution lente et qui, depuis deux ans, gagne le cuir chevelu.

Au moment où le malade est soumis à notre examen (1888), on observe, sur le côté droit de la face, un vaste placard d'un rouge foncé qui disparaît incomplètement sous la pression du doigt et qui est limité par un bord net appréciable au toucher. Aux alentours de cette plaque maîtresse se groupent de petits disques secondaires ressemblant, dit le malade, à la lésion initiale. Tous ces éléments éruptifs présentent une coloration violacée et sont recouverts par place de squames très adhérentes qui donnent au toucher une sensation rugueuse et inégale. Des efflorescences semblables associées à des cicatrices très superficielles sont disséminées sur la joue opposée, le front, les oreilles et le menton. En plusieurs points, particulièrement au nez, on remarque sur les confins des taches érythémateuses, une dilatation notable des orifices sébacés. Le retentissement sur le système ganglionnaire est très marqué. Une adénopathie suppurée s'est dé-

veloppée dans la région sus-claviculaire droite, s'est ouverte et est demeurée fistuleuse.

La plupart des médecins de l'hôpital Saint-Louis ont examiné ce malade et porté le diagnostic de lupus érythémateux. Il importe de noter que la syphilis ne peut être mise en cause chez cet homme, car le début de la lésion remonte à l'âge de 14 ans, et plus tard le malade a contracté un chancre infectant qui fut suivi d'accidents secondaires.

L'état général était loin d'être satisfaisant lorsque le malade entra à l'hôpital Saint-Louis. Depuis quelques mois, il toussait et maigrissait, il avait eu quelques hémoptysies légères et l'on pouvait constater aux sommets les signes d'une tuberculose au premier degré. Ces lésions sont restées presque stationnaires jusqu'au commencement de cette année, époque à laquelle le malade succomba à une poussée de tuberculose aiguë. (Cet homme n'avait pas été soumis au traitement par la lymphe de Koch.)

L'autopsie a démontré la présence de myriades de granulations grises dans les poumons et l'existence de nombreux ganglions caséeux au devant de la colonne vertébrale. Ces lésions renfermaient des bacilles de Koch, et les animaux inoculés sont morts de tuberculose.

Quelques heures après la mort, plusieurs fragments de peau ont été excisés au niveau des lésions érythémateuses. L'examen microscopique a montré qu'il s'agissait bien d'un lupus érythémateux proprement dit et non pas d'un lupus érythématoïde.

Avec l'infiltration embryonnaire diffuse, l'absence de cellules géantes et de formations nodulaires, le seul détail histologique qui mérite d'être spécialement indiqué est l'ectasie vraiment colossale des vaisseaux dans toute l'épaisseur du derme. Cette dilatation vasculaire explique la coloration rouge violacé très intense des placards érythémateux.

Des fragments volumineux de ce lupus ont été inoculés à quatre cobayes. Chez deux d'entre eux, l'insertion a été faite dans le péritoine; chez les deux autres, dans le pli de l'aine. L'un de ces derniers est mort d'accidents septicémiques peu après l'opération; les trois autres ont survécu. Ils ont été sacrifiés le 21 juillet, c'est-à-dire le 190e jour; tous les organes étaient intacts.

Si l'on considère l'histoire de ce malade, on est conduit à regarder comme bien vraisemblable la nature tuberculeuse de sa dermatose. Tuberculeux depuis son enfance, il portait au cou les cicatrices caractéristiques de la scrofule ganglionnaire; sous nos yeux, il s'est produit chez lui, non loin de son lupus, des adénopathies caractéristiques ; enfin il a succombé à une tuberculose miliaire ; et cependant l'examen histologique n'a pas révélé la présence de bacilles dans les tissus lupiques et les résultats des inoculations pratiquées avec ces tissus sont restés complètement négatifs.

Tous les expérimentateurs jusqu'ici ont éprouvé le même échec. Faut-il en conclure que le lupus érythémateux — ou tout au moins l'une de ses variétés — n'est pas d'origine tuberculeuse? Nous ne le

croyons pas. Les observations cliniques de M. Besnier confirmées par les nôtres montrent trop souvent le lupus érythémateux associé à des manifestations non équivoques de la scrofulo-tuberculose, pour que nous puissions admettre que, dans le cas présent, il n'y a qu'une pure coïncidence entre la lésion cutanée et la granulie. On considère généralement comme un axiome que tout produit tuberculeux est inoculable. Mais est-on bien autorisé à formuler une affirmation aussi catégorique ? M. Arloing n'a-t-il pas démontré que les produits dont la virulence est atténuée et qu'on désigne ordinairement sous le nom de produits scrofuleux sont difficilement inoculables aux animaux peu réceptifs pour la tuberculose? Ne peut-on par analogie supposer que le lupus érythémateux, ou l'une de ses variétés, est une forme de tuberculose si atténuée qu'elle est devenue incapable de se transmettre par inoculation.

Cette manière de voir est assurément hypothétique, mais elle a au moins le mérite d'être d'accord avec l'observation clinique.

DE L'AMPUTATION SPONTANÉE DES ORTEILS CHEZ LES SYPHILITIQUES,

PAR UN PROCESSUS ULCÉREUX, PHAGÉDÉNIQUE, TÉRÉBRANT

Par **Viennois** (de Lyon)

Communication à la Société française de Dermatologie et de syphiligraphie.

Syphilis héréditaire tardive chez un homme de 43 ans. Apparition successive de gommes à la partie inférieure de la jambe gauche à 8 ans, à 13 ans, à 20 ans et à 32 ans. Excellente santé dans l'intervalle. Les dernières gommes débutent sur le dos des deuxième et troisième orteils du pied gauche à (32 ans), amènent leur chute au bout de 6 ans; large ulcération serpigineuse concomitante de l'extrémité antérieure du pied; absence de tout traitement spécifique jusqu'à l'âge de 43 ans; inefficacité de celui qui fut institué à ce moment, due d'une part à la difficulté de son application, et d'autre part aux mauvaises conditions hygiéniques du malade. Cicatrisation en 28 jours, d'une ulcération spécifique qui durait depuis 10 ans, dès que les conditions hygiéniques ont pu être changées, le repos au lit obtenu, et un traitement rationnel établi par l'antisepsie locale et les spécifiques.

X.., 43 ans, est né de parents l'un et l'autre syphilitiques; la mère a même eu plus tard des accidents tertiaires, entre autres une perforation de la voûte palatine. X... est marié, sa femme et son unique enfant sont sains, il n'a jamais eu de maladie vénérienne. Je le vois pour la première fois le 16 octobre 1890, dans un logement humide, insalubre et dans le dénuement le plus complet. Ce malade, qui est intelligent, me raconte ainsi son histoire :

« Je vous dirai d'abord, si cela peut vous servir, que mon père a mené une joyeuse vie; ma mère m'a raconté que j'étais venu au monde avec toutes les apparences de la santé, que j'avais eu une excellente nourrice à Oullins, mais qu'à l'âge de 4 ans, j'avais eu des convulsions. Elles me laissèrent une paralysie qui porta d'abord sur les quatre membres, mais au bout d'un an et demi j'avais recouvré l'usage des bras. Quant aux jambes, j'en ai recouvré l'usage qu'à 6 ans, et encore pas complètement, car la jambe gauche est restée un peu contractée et le genou légèrement fléchi. J'ai subi de 8 à 9 ans, pour cette infirmité, un traitement orthopédique en Allemagne, et, pour raffermir mon membre, on a employé les frictions, le massage, l'électricité, je suis même allé à Cette prendre des bains de mer, enfin on m'a appliqué un appareil tuteur que j'ai gardé jusqu'à l'âge de 16 ans. J'étais devenu très habile à m'en servir; mais mon père, craignant que cet appareil ne fût un obstacle à la circulation du sang dans le membre, décida, sans consulter un médecin, de me supprimer le tuteur et de le remplacer par une béquille; j'ai donc marché avec une béquille jusqu'à ce jour.

« A l'âge de 6 ans j'ai eu la rougeole, qui s'est passée sans présenter rien d'extraordinaire. A 8 ans, au milieu d'une bonne santé et du confort que donne l'aisance, j'ai vu survenir au devant de la jambe, à environ 10 centimètres du cou-de-pied, une tache rouge sombre un peu plus large qu'une pièce de 50 centimes, qui s'est creusée en dessous; la pellicule qui la recouvrait a fini par se rompre et a laissé voir une plaie creuse, non douloureuse, qui suppurait peu. Cette plaque, survenue pendant l'hiver au mois de février, a guéri en été au mois de juin suivant, la même tache rouge sombre s'est montrée derrière la jambe et au même niveau.

« Un médecin appelé, M. le Dr Potton, me traita par des frictions avec une pommade jaune et des cautérisations avec la pierre infernale; il m'a semblé que ce traitement n'influençait pas sensiblement les deux plaies.

« De 8 à 13 ans, je me suis bien porté. A 13 ans, mes parents me mirent au lycée; il me survint quelque temps après une tache rouge sombre au-dessous de la première et qui s'est comportée exactement de la même façon. Venue pendant l'hiver, elle disparut pendant l'été de l'année suivante et a duré environ seize mois. Comme je craignais d'être retenu à l'infirmerie si j'avais signalé cette plaie, je n'en parlai à personne, et pour empêcher mon bas de se coller sur elle je la recouvris d'une feuille de papier à cigarette imbibée d'huile. J'ai suivi ainsi toutes les promenades, aidé de mon tuteur, j'ai participé à tous les jeux, aux jeux de barres en particulier, peut-être est-ce là la cause pour laquelle cette plaie a duré si longtemps.

« De 13 à 20 ans, je me suis très bien porté, à part l'infirmité que j'avais et qui m'est restée. »

« A 20 ans, il m'est survenu pour la troisième fois deux nouvelles plaques rouge brun, dont l'une plus large était placée près de la cheville en dedans du pied et dont l'autre plus petite était à quelques centimètres au-dessous. Ces plaques se sont montrées, comme les précédentes, pendant l'hiver, pour guérir spontanément pendant l'été, et sans faire d'autre traitement que celui que j'avais fait au lycée avec le papier à cigarette; en aucun cas, je n'ai fait de traitement interne.

« De 20 à 32 ans, je n'ai jamais été malade, mais ma situation sociale a bien changé à ce moment, mes parents ont été ruinés, j'ai dû apprendre un état, je n'y ai pas réussi, la misère est venue et j'en ai d'autant plus souffert que je n'y étais pas habitué.

« C'est dans ces conditions que j'ai vu un jour, toujours pendant l'hiver, une plaque rouge sombre sur le dos du deuxième orteil, et presque en même temps une semblable sur celui du troisième. Ces taches avaient les mêmes caractères que celles que j'avais eues étant plus jeune, mais au lieu de tendre au bout d'un certain temps et spontanément à la cicatrisation, elles se sont étendues d'une manière sinueuse, très lentement, mais profondément, et ont fini par produire la plaie que je vais vous montrer et qui m'occasionne depuis déjà longtemps une cuisson si vive que je suis obligé de me lever de ma chaise toutes les trois heures, pour marcher dans ma chambre et me soulager ainsi. Il m'est impossible, depuis six ans, de passer la nuit dans mon lit; quand cela m'arrive, je laisse mon pied dehors, je préfère même rester assis dans un fauteuil le pied étendu sur une chaise. »

Le malade qui était alors assis dans cette position enlève avec précau-

tion les chiffons infects qui entourent le pied et d'où s'échappe une vapeur nauséabonde, et j'aperçois la plaie dont voici la description.

Ce qui frappe au premier abord, outre l'odeur horriblement repoussante qui se dégage de la plaie, c'est l'absence des deuxième et troisième orteils; à leur place on remarque une saillie ulcérée qui correspond à l'extrémité antérieure des deuxième et troisième métatarsiens. C'est ensuite le gonflement énorme de la partie antérieure du pied et la coloration rouge sombre qu'il présente au pourtour de l'ulcération qui en occupe l'extrémité, et enfin l'étendue et les caractères de cette dernière.

Comme étendue, l'ulcération recouvre, comme on l'a vu, l'extrémité des deuxième et troisième métatarsiens, elle s'étend de là au quart antérieur de la face plantaire du pied et à la face plantaire des orteils restants, dont elle n'a respecté que la face dorsale excepté pour le gros orteil, dont la face dorsale est en partie entamée. L'ulcération a envahi le dos du pied d'avant en arrière à 3 centimètres en certains points, à 4 centimètres en d'autres, de l'interligne métatarso-phalangien, en formant ainsi une plaie sinueuse à bords déchiquetés, profonds, d'une couleur verdâtre, pultacée, très adhérente et allant se confondre avec la portion ulcérée du dos du gros orteil. Il est impossible d'apercevoir au milieu de cette surface putrilagineuse et verdâtre le moindre bourgeon charnu.

D'après le malade, la marche de l'ulcération aurait été la suivante : les deux plaques rouge sombre des deuxième et troisième orteils les auraient envahis peu à peu tout entiers, lorsque ceux-ci auraient été complètement ulcérés, l'ulcération aurait gagné la ligne métatarso-phalangienne de la plante du pied et aurait envahi celle-ci d'avant en arrière en entamant en même temps la face plantaire des orteils et en remontant sur le dos du pied, au niveau de la commissure du quatrième orteil.

Ce n'est que six ans après le début de l'ulcération des deuxième et troisième orteils que ceux-ci se sont pour ainsi dire détachés d'eux-mêmes *sans hémorrhagie*. Le deuxième orteil aurait été trouvé en putrilage dans les linges du pansement, et, presque en même temps, le troisième s'en allait par lambeaux en les prenant avec les doigts, sans douleur; le malade à cette occasion note ce fait, qu'il a enlevé un petit os du troisième orteil qui est venu à la main, sans résistance; il était brun et très inégal.

A quelle affection avions-nous affaire? On ne pouvait hésiter qu'entre trois hypothèses : l'épithélioma, la tuberculose ou la syphilis. L'épithélioma paraissait devoir être éliminé tout d'abord, car il ne met pas si longtemps à s'établir et il aurait enlevé le malade depuis longtemps. La tuberculose ne nous paraissait pas devoir être invoquée dans le cas particulier, car le malade ne portait pas de traces antérieures ou concomitantes, osseuses ou autres. Toutefois nous reconnaissons que l'erreur est possible, le bacille de Koch ne se trouve pas toujours, on a vu des lupus envahir les orteils, amener leur chute et, dans ces cas, on n'a guère que le traitement spécifique comme pierre de touche. C'est ainsi que M. Ollier a vu deux jeunes sujets de son service être atteints de chute des orteils, les spécifiques ayant été impuissants à arrêter la maladie de l'un de ces deux malades; une jeune fille revenait même pendant trois ans de suite, dans le service, avec un orteil de moins chaque année. Nous nous contentons de signaler ici ces

faits sur lesquels nous reviendrons dans une autre occasion. Pour le cas particulier dont nous nous occupons, nous étions donc amenés à penser que l'affection que nous avions sous les yeux était bien une manifestation syphilitique, étant donnés d'une part les renseignements précis qui nous étaient parvenus sur la santé des parents, et d'autre part les manifestations cutanées que nous avons relatées plus haut, qui ont laissé des traces indélébiles, et qu'on pouvait, sans trop de témérité, regarder comme des gommes successives. Le traitement ne devait pas tarder à donner raison à cette manière de voir. Nous allions donc l'instituer immédiatement, en même temps qu'un traitement local antiseptique; mais, considérant que les conditions matérielles dans lesquelles se trouvait le malade étaient assez fâcheuses pour entraver la bonne conduite du traitement, nous l'engageâmes à entrer à l'hôpital, mais il s'y refusa énergiquement, prétextant qu'on ne lui avait jamais proposé que l'amputation.

Nous lui ordonnâmes donc, séance tenante, un traitement mixte par les frictions mercurielles et l'iodure de potassium à doses progressives, suivant la tolérance des voies digestives; comme l'estomac était débilité, nous commençâmes par une dose de $0^{gr},80$. Le malade eut quelque peine à supporter le médicament. Cependant nous arrivâmes à lui en faire prendre jusqu'à $2^{gr},25$ par jour, mais il ne put continuer longtemps. Au point de vue local, nous fîmes saupoudrer la plaie avec l'iodoforme, avec modération d'abord, pour ne pas intoxiquer le malade; enfin, ne pouvant donner de grands bains, nous lui fîmes prendre des bains de pied d'une solution de sublimé très étendue d'eau bouillie.

Sous l'influence de ce traitement, il y eut cependant au bout de quinze jours, malgré les conditions hygiéniques les plus fâcheuses, une amélioration très nette, caractérisée par la cicatrisation d'une bande transversale d'un centimètre à la région plantaire. Sur le dos du pied, la cicatrisation tendait à se produire, l'odeur était toujours très repoussante, mais on voyait la plaie se déterger un peu, et quelques rares bourgeons charnus émerger au milieu du putrilage verdâtre qui recouvrait l'ulcération. Mais cette amélioration ne fut pas de longue durée : un mois après, ayant revu le malade, nous constatâmes que les portions qui avaient été cicatrisées étaient ulcérées de nouveau, et qu'elles étaient recouvertes d'une sorte de putrilage comme le reste de la plaie. Celle-ci resta ainsi dans le *statu quo* jusqu'au commencement de mars, époque à laquelle, étant allé voir le malade une dernière fois, nous le décidâmes à entrer à l'hôpital. Il y fut admis le 4 mars 1891 et entra dans le service de M. Ollier, qui ordonna immédiatement un traitement spécifique.

Dès son entrée le malade est soumis au traitement suivant : Pansement au salol. Deux bains sulfureux par semaine. Iodure de potassium, 2 grammes par jour. Régime tonique.

En huit jours, le malade fut transformé, le gonflement du pied avait notablement diminué, la couleur verdâtre de la plaie avait fait place à des bourgeons charnus de bonne couleur, l'odeur affreuse qu'elle répandait avait disparu et la cicatrisation commençait de tous côtés. L'état général s'améliorait à vue d'œil, l'aspect terreux du visage avait changé, les fonctions digestives étaient relevées. Aussi put-on élever rapidement les doses

d'iodure de potassium, si bien qu'au 25 mars le malade en prenait 5 grammes, sans en être incommodé. Le 31 mars, vingt-huit jours après l'entrée du malade à l'Hôtel-Dieu, la plaie serpigineuse, qui avait duré dix ans, était complètement cicatrisée.

Les faits de cette nature, c'est-à-dire se rattachant à la syphilis, de chute des orteils à la suite de gangrène humide, par un procédé serpigineux, térébrant, évoluant lentement durant de longues années, sont rares. Nous n'en avons guère trouvé d'exemples dans la littérature médicale, si ce n'est celui cité dans l'excellent ouvrage de Jullien (1), et dont l'observation très intéressante a été publiée par M. Fournier dans l'*Union médicale*, nos 141 et 142 (1878), et lecture a été faite à l'Académie de médecine le 19 novembre de la même année (2). Dans ce cas, l'affection du pied, qui avait détruit une partie du gros orteil et presque complètement les deuxième, troisième et quatrième, se compliquait, en outre, de gommes étendues du poumon; la malade a parfaitement guéri par les spécifiques en quarante jours.

Je dois encore à l'obligeance de M. Vidal la connaissance du deuxième fait, qui est relatif à l'observation de M. Besnier. Il s'agit d'une malade de 42 ans, qui fut montrée à l'Académie de médecine par M. A. Després dans la séance du 30 novembre 1875. Elle était atteinte depuis huit ans d'une affection ulcéreuse de l'avant-bras et de la main, avec mutilation de l'indicateur, de l'annulaire et du petit doigt ulcérés, jusqu'à la partie supérieure des phalangines, mises à nu et nécrosées. M. A. Després présenta ce cas comme un lupus ulcéré de l'avant-bras et de la main et en fit faire le moulage (musée de l'hôpital Saint-Louis, *Collection générale*, n° 377). Devergie diagnostiqua une lèpre mutilante. Quelques mois plus tard, la malade entrait à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. Besnier, qui diagnostiqua la syphilis et guérit la malade en quelques semaines par l'iodure de potassium.

En présence de cette pénurie de la littérature médicale, nous nous sommes adressé à nos confrères de Lyon, et l'un d'eux, M. Vincent, actuellement chirurgien de la Charité, nous apprit que pendant qu'il remplaçait M. Ollier à la Clinique, comme agrégé en 1879, il avait été témoin d'un fait analogue; le voici en quelques mots :

P... (Louise), 23 ans, entre à l'Hôtel-Dieu de Lyon le 8 octobre 1879; elle est affaiblie par la misère et les privations. Père mort d'accident, mère morte d'une maladie inconnue. A 17 ans, elle aurait eu des rapports avec un ouvrier du Creusot, à la suite desquels elle aurait eu du gonflement des parties et un écoulement blanchâtre que l'on ne traita que par des lavages

(1) Jullien. *Traité des maladies vénériennes.* 2e édition, Paris, Baillière, 1885, p. 809, fig. 147.

(2) Le moulage du pied est au musée de l'hôpital Saint-Louis. (*Collection Fournier*, n° 152.)

émollients; guérison au bout d'un mois. Elle n'accuse pas d'autre accident depuis. Actuellement elle entre à l'hôpital pour une vaste ulcération du pied gauche, qu'elle a depuis longtemps. Lorsqu'elle a enlevé les linges infects qui lui servent de pansement, la première chose qui frappe, c'est la disparition des deuxième, troisième, quatrième et cinquième orteils; un petit os brun, érodé, tient légèrement à la place du troisième orteil, c'est la première phalange qui est si peu adhérente qu'on la cueille, pour ainsi dire, avec une pince à pansement. A la place des orteils existe une ulcération qui se continue sur le dos du pied, jusqu'à 10 centimètres en arrière de la ligne métatarso-phalangienne. Elle est irrégulière, un peu frangée, serpigineuse, recouverte de putrilage et de lambeau d'aponévrose sphacélée. Du côté de la face plantaire, la peau est décollée par les produits ichoreux de la plaie, l'aponévrose plantaire est noire, durcie et offre l'aspect d'une eschare prête à se détacher; des caillots rouge sombre existent dans les anfractuosités de l'ulcération, et une odeur affreusement repoussante se dégage de la plaie. La malade prétend que, depuis le début de l'ulcération, elle a eu d'abondantes hémorrhagies et notamment que le sang s'échappait de chaque côté des orteils, lorsqu'ils allaient se détacher, et enfin que tous étaient tombés à peu de distance les uns des autres, dans l'espace de deux mois.

M. Vincent resta incertain pendant quelques jours sur la nature de la maladie à laquelle il avait affaire, mais le 14 octobre il soupçonna la syphilis et examina les organes génitaux; il reconnut alors qu'il existait des ulcérations sur la face interne de la grande lèvre gauche, et en bas sur la commissure, ulcérations rougeâtres, permettant de voir les papilles à nu; la face externe des petites lèvres est couverte d'ulcérations assez petites, leur face interne en porte aussi trois ou quatre; à droite, mêmes symptômes, mais moins accusés; sur le périnée petits papillomes, les ganglions inguinaux sont engorgés surtout à gauche.

On institue immédiatement un traitement général, avec iodure de potassium, 2 grammes par jour, que l'on donnera à doses progressives; comme traitement local, pulvérisations d'éther iodoformé, ce qui était très douloureux. Au 4 novembre la dose d'iodure avait pu être portée à 5 grammes par jour, et en trois semaines l'état local avait changé d'aspect, les parties nécrosées s'étaient détachées et une bande cicatricielle de près d'un centimètre se remarquait sur les bords. L'état général, grâce à l'iodure et au bon régime, et l'état local, grâce au traitement antiseptique, s'améliorèrent si rapidement, que le 15 décembre 1879, c'est-à-dire deux mois après le commencement du traitement, l'ulcération était complètement cicatrisée.

En rapportant ces faits de syphilis mutilante qui laissent peut-être à désirer pour certains détails, nous avons voulu surtout appeler l'attention sur ce résultat clinique, à savoir que chez deux malades porteurs d'une vaste ulcération du pied ayant amené la chute de plusieurs orteils par gangrène humide, ulcération qui durait depuis très longtemps, et pour laquelle l'amputation avait été proposée dans un cas,

tous deux avaient guéri rapidement en un ou deux mois, sous la double influence d'un traitement local antiseptique et d'un traitement général par les spécifiques.

Maintenant que l'attention est fixée sur eux, il sera intéressant dans l'avenir de les étudier au point de vue bactériologique, comme l'a fait pour le lupus ulcéreux un chirurgien de l'Antiquaille, M. Augagneur, agrégé de la Faculté, dont les idées ont été tout récemment reproduites dans la thèse d'un de ses élèves, M. Thévenet (1), et qui se résume en deux mots, l'*association microbienne*, l'agent bacillaire d'un côté, les microbes pyogènes de l'autre, d'où la conséquence d'établir une thérapeutique contre la lésion suppurative et une seconde contre la lésion bacillaire.

Jusqu'ici, les auteurs qui avaient cité des cas de mortification des orteils ou des doigts, pouvant se rattacher à la syphilis, n'avaient parlé que de la gangrène sèche, due à l'artérite syphilitique. Dans les cas qui ont été cités, on a vu rarement la mortification se limiter aux orteils ou aux doigts de la main, comme dans l'observation de M. d'Ornellas (2). Le plus souvent après les orteils, c'est le pied qui se mortifie, puis le reste du membre, comme dans le cas cité par Podres (3) d'un homme de 45 ans qui dut subir, dans le cours d'un mois, trois amputations successives, les orteils, le pied et la cuisse. Témoin encore le cas d'un chirurgien de Lyon, M. Gangolphe, agrégé de la Faculté, qui a fait publier sur ce sujet par un de ses élèves, M. Aune (4), un travail des plus intéressants, où les rares observations que possède la science ont été réunies avec soin et soumises à une critique judicieuse pour jeter quelque clarté sur ce difficile sujet.

Il s'agit, dans le cas de M. Gangolphe, d'un homme de 35 ans, qui, du 5 janvier au 17 février 1890, après avoir éprouvé à diverses reprises, dans cet intervalle, des douleurs lancinantes dans les doigts, la main et le bras, perdit d'abord la sensation du contact; l'anesthésie gagna ensuite de proche en proche, une sensation de froid envahit le membre, les doigts furent absolument flétris, comme momifiés; plus de graisse, le pouls de la radiale disparut, on ne sentit plus que les os, la main et l'avant-bras présentèrent une teinte violacée jusqu'au-dessus de l'articulation du coude, et le 17 février, la délimitation entre le mort et le vif étant complète, on se décida à l'amputation. En disséquant les vaisseaux du bras, on reconnut qu'ils n'échappaient pas plus que les artères crâniennes et les gros troncs vasculaires, seuls étudiés jusqu'ici, aux phénomènes de l'endartérite et de la périartérite qui amènent la mortification des tissus.

(1) Thévenet, *Sur la nature du lupus ulcéreux.* Thèse de Lyon, 1891.
(2) *Annales de dermatologie et syphiligraphie*, 1888, n° 12.
(3) Podres, *Centralblatt für Chirurgie*, 1876.
(4) Aune, *Essai sur les gangrènes des membres consécutives à l'artérite syphilitique.* Thèse de Lyon, 1890.

Ce n'est pas là le seul point de vue original que renferme cet intéressant travail ; ne pouvant le résumer dans un article déjà long, nous nous contenterons d'en reproduire les conclusions :

1° L'artério-syphilose a été surtout étudiée dans les gros vaisseaux et dans les artères encéphaliques, il est probable que les artères des membres n'échappent pas à ces lésions.

L'insuffisance des documents anatomo-pathologiques doit tenir à ce que l'on n'examine pas assez en détail le système circulatoire des syphilitiques. C'est ainsi que chez les sujets atteints d'artérite cérébrale, on n'a pas recherché l'état des artères périphériques, où des lésions latentes peuvent exister.

2° Les lésions paraissent constituées par de la péri-artérite et par l'endartérite, mais la péri-artérite serait probablement primitive.

3° Elles peuvent déterminer des phénomènes de gangrène sèche dont les symptômes sont tantôt brusques, tantôt lents.

Un phénomène remarquable consiste dans l'élévation de la température au début du sphacèle, et sa chute au moment de la formation du sillon éliminateur. Cette fièvre aseptique coïncide avec un état satisfaisant.

4° Le diagnostic d'artérite syphilitique ne peut être fait que par exclusion.

5° Le pronostic varie suivant la forme clinique : dans les formes lentes, on a vu la gangrène rétrocéder et même disparaître, sous l'influence d'un traitement spécifique ; dans les formes brusques, un sphacèle étendu paraît inévitable.

6° Enfin le traitement spécifique, efficace contre les formes lentes, est sans action contre les formes brusques.

La gangrène une fois établie, on attendra la formation du sillon éliminateur ; celui-ci étant nettement dessiné, on se décidera à l'amputation.

En ce qui nous concerne, nous conclurons qu'il faut attendre de nouveaux faits pour éclairer la pathogénie des cas de chute des orteils à la suite de la gangrène humide. En effet, si les deux cas que nous avons rapportés, présentent de grandes analogies, dont la principale est la guérison rapide par les spécifiques, ils présentent aussi un point contradictoire. Dans l'un la chute des orteils s'est produite sans hémorrhagie, dans l'autre elle s'est accompagnée d'hémorrhagies abondantes. De nouvelles observations sont donc nécessaires pour éclairer ce point de pathogénie ; ce n'est qu'à titre de contribution à cette étude que nous avons rapporté nos cas, pour éclairer un des faits rares qui peuvent se présenter à l'examen des syphilographes ou des chirurgiens.

CORRESPONDANCE

Une pièce au dossier de la réinfection syphilitique.

Un vent semble se déchaîner contre le dogme de la réinfection syphilitique. Je ne m'en plains point, quoique plus particulièrement exposé à la bourrasque, et ce en raison d'un mémoire que je publiai en 1862, époque où la lumineuse distinction de Fournier n'avait pas encore réduit à l'état de simple récidive de symptôme, bon nombre des cas donnés à tort comme exemples de nouvelle vérole.

Avouant franchement un passé *épluchable,* je ne puis pas ne pas accueillir de bonne grâce les éplucheurs. Aussi y vais-je selon mon tempérament et mes forces, encourageant leur incursion dans une voie où je m'essayai jadis moi-même, souriant à leurs petites malices, prêt dans l'occasion à leur tendre la main, ainsi que je viens le faire aujourd'hui.

Le jeu des anti-réinfectionnistes — et il se joue on ne peut plus loyalement — est naturellement, à propos de chaque cas présenté comme exemple de syphilis double, de jeter le doute sur le caractère *itératif* soit de la première, soit de la seconde atteinte. Et très naturellement aussi — c'est encore leur droit — ils choisissent, pour l'attaquer, celle des deux dont la relation leur semble passible des plus fortes objections.

Rien de mieux, en principe. Seulement, dans l'application, faute d'entente préalable, il se peut qu'on ait seulement ainsi donné, à ses dépens, l'occasion de montrer une chose : avec quelle justesse parfois deux collaborateurs pourraient respectivement se renvoyer la moralité de l'*Ours et l'Amateur des jardins.* C'est à mon observation XXV (*Archiv. gén. de méd.*, 1862, p. 45) que je fais ici allusion.

Celle-ci m'avait toujours paru assez solidement assise, les deux syphilis, séparées par un intervalle de dix-sept ans de santé, ayant été observées la première par Ricord, la deuxième par moi. En conséquence, les démolisseurs me paraissaient-ils assez empêchés pour trouver le joint. Aussi voyez ce qui arrive :

C'est à la *première* atteinte que s'en prend mon affectionné confrère, M. Cl. Petit (1). Tout bien considéré, il se croit en possession d'assez valables motifs pour douter que ce soit réellement des syphilides et des plaques muqueuses qu'ait eues mon malade, homme intelligent qui déclare « avoir

(1) *Sur la réinfection syphilitique.* Thèse, 1891.

été, pendant deux mois, à l'hôpital du Midi, traité par Ricord, de ce qu'il entendit alors appeler *syphilide, plaques muqueuses.*

Or, pendant que M. Petit attaque ainsi de front mon embarrassant fortin, son coopérateur sans le savoir, l'estimable M. Hudelo s'adressait à la face opposée. C'est de la *deuxième* vérole qu'il nie, lui, l'existence. Ce fut simplement, écrit-il, « une poussée tertiaire de la première (1) ». Et pour l'établir, que lui faut-il ? Oh ! si peu de chose ! Mon observation portait ceci : « Quelques semaines après le chancre, apparut une roséole générale, qui bientôt devint papuleuse. — Plus tard, ecthymas profonds, enfin carie de la voûte palatine. » Ce que M. Hudelo résume ainsi : « M. Diday constate une cicatrice indurée sur le fourreau ; puis vinrent des papules, des tubercules, de l'ecthyma et une carie palatine. » Que faut-il plus ? Avec cette petite toilette faite à mon récit, voilà-t-il pas un « *pseudo-chancre au début d'une poussée tertiaire* » des plus présentables ?

Intentionnels ou non, plus ou moins habilement pratiqués, il est rare que ces remaniements de texte ne servent pas la cause contre laquelle ils sont dirigés. Ainsi, dans le cas présent, n'admirez-vous pas avec quelle clarté la vérité émerge des nuages amoncelés ? Voici deux jeunes savants, également loyaux et également autorisés, ce me semble, niant que mon client ait, à deux reprises, contracté la vérole. Mais comme ils travaillaient séparément, chacun pour son compte, inconsciemment chacun a fait jouer la sape dans la parcelle sur laquelle le voisin comptait pour lever sa récolte. Aussi voyez comme se vérifie à mon profit l'axiome : « Deux dénégations valent une affirmation » !

Pour M. Hudelo, nous le savons, ce que j'appelle, moi, la deuxième vérole n'est qu'une suite (poussée tertiaire) de la première. — Donc, selon lui, *la première a existé.*

Non moins explicitement, M. Petit complète en faveur de ma cause cet ensemble de témoignages. « Si nous avions autant de détails sur la première syphilis que sur la seconde, dit-il, nous ne garderions aucun doute. » Donc, selon lui, *la deuxième a existé.*

Quod erat demonstrandum. Je n'en veux pas davantage. C'est pour s'être expliqués chacun en toute liberté et conscience qu'ils me donnent si nettement raison. Aussi je les en félicite plus encore que je ne les en remercie. Qu'ils cherchent maintenant à s'entendre entre eux, s'ils le veulent : ce n'est plus mon affaire.

P. Diday.

(1) *Annales de dermatologie et de syphiligraphie*, 1891, p. 496.

Lettre de Vienne.

Les travaux de la Société de Dermatologie qui, au cours de la saison d'été, n'a tenu que quelques séances, n'offre cette fois, au correspondant, que peu de matières à mettre en article. Nous avons pourtant à mentionner une innovation de nature à intéresser non seulement les dermatologues, mais aussi tout le monde médical en général, c'est que notre ministre de l'instruction publique a l'intention bien arrêtée de faire de la dermatologie et de la syphiligraphie une des branches d'étude à examen.

Cette innovation, d'une importance capitale au point de vue du progrès bien compris des études médicales, ne sera peut-être pas accueillie sans quelque sentiment d'amertume par nos futurs candidats au doctorat en médecine, déjà menacés d'une autre épée de Damoclès, à savoir une épreuve sur l'hygiène, en voie, elle aussi, de devenir obligatoire, et cela grâce à la campagne menée de diverses parts en faveur de cette branche ; mais l'idée d'élever la dermatologie et la syphiligraphie au rang de matière à examen n'en répond pas moins à un véritable postulat qui devait fatalement venir s'imposer un jour à une éducation médicale complète. Le docteur *universæ medicinæ*, le médecin de campagne qui ne peut compter que sur lui seul et qui en est un des types, par exemple, combien de fois ces praticiens, s'ils ne se sont pas occupés au moins en amateurs de dermatologie et de syphilidologie, n'auront-ils pas occasion, dans l'exercice de leur art, de déplorer cette lacune de leur instruction universitaire ! Pour qui du reste serait-il encore besoin, aujourd'hui, de démontrer l'éminente utilité d'une connaissance approfondie de ces spécialités ? Rien n'est plus difficile à prouver que l'évident, dit Pascal. Ne savons-nous pas tous maintenant que maintes maladies internes, celles du système nerveux et celles qu'on appelle justement infectieuses notamment, se manifestent à l'extérieur par une altération de la peau (troubles trophiques, manque de pigment, etc.). L'observation de Leloir que la peau est jusqu'à un certain point le miroir du système nerveux est plus qu'un mot d'esprit, si l'on pense aux névroses de la peau. Que de fois ces derniers ont été les avant-coureurs des maladies dont le caractère de gravité ne s'est révélé que plus tard ! On sait aussi que certaines maladies infectieuses de la peau, si elles ne sont pas combattues à temps, peuvent devenir épidémiques et prendre ainsi les proportions d'une calamité publique. Qu'il me suffise de rappeler que le *common ringworm*, qui a quelquefois pris un caractère épidémique en France et en Angleterre, y a causé de véritables calamités sociales. Faut-il insister après cela sur la responsabilité qu'encourt le médecin en présence de pareils cas ? Or, il n'est pas permis d'affirmer sérieusement que le jeune médecin qui n'aura fréquenté qu'en amateur la clinique dermatologique, l'ayant traitée comme branche secondaire, sera bien à même de diagnostiquer la plupart des cas d'affections cutanées.

Pour ce qui est de la syphilis, il faudrait au moins qu'on pût être certain *a priori* que tout médecin, à son entrée dans la carrière, possède, dans son bagage de connaissances nécessaires, tous les moyens de com-

battre efficacement ce mal aussi terrible que fréquent et contagieux, qu'il soit accidentel ou héréditaire. Car, bien que nous appréciions fort les mesures de police sanitaire tendantes à nous protéger contre la propagation de la syphilis, et à supposer même que par un contrôle rigoureux on arrive à atténuer les dangers que la prostitution fait courir à la santé publique et à la société par conséquent, nous n'en sommes pas moins de l'avis qu'on ne pourra faire œuvre efficace, en matière de mesures préventives contre la prostitution, qu'en faisant appel au concours éclairé et énergique de tous les praticiens spécialistes. M. le professeur Sigmund, philanthrope et médecin distingué, se plaignait un jour, avec son incomparable bonhomie, de ce qu'à Vienne on ne puisse plus observer aujourd'hui qu'exceptionnellement certaines formes de la syphilis tertiaire. Par contre, il n'est pas rare, hélas ! de constater que des cas de syphilis récente ou ancienne n'ont pas été diagnostiqués comme tels par suite de l'ignorance de médecins pratiquants. Nous n'avons pas la prétention d'apporter ici des révélations, mais nous voulons jeter un nouveau jour sur des faits connus et qu'il est urgent d'épargner à l'humanité souffrante.

Pourquoi, néanmoins, les tentatives pour conquérir à la dermatologie et la syphiligraphie le rang auquel elles ont droit dans l'enseignement médical étaient-elles restées infructueuses jusqu'à présent? La réponse à cette question, nous allons la trouver dans l'historique de la réforme des études médicales.

Les autorités compétentes qui ont été appelées à élaborer les programmes de l'enseignement médical, aussi bien que les médecins eux-mêmes, savaient bien que l'art de guérir (*universa medicina*) ne pouvait constituer un tout parfait sans la dermatologie et la syphiligraphie, sans l'otiatrie et la psychiatrie, etc. Il est bien entendu que nous faisons ici abstraction du cas où l'étudiant concentre toute son activité sur une spécialité qu'il veut connaître jusque dans ses moindres détails, parce que, vu la limitation de l'esprit humain, il n'est pas possible à quiconque veut sortir de sa spécialité pour tout embrasser, d'acquérir, dans les autres parties, autre chose que des connaissances générales ou primordiales, si l'on préfère.

C'est du commencement de la décade 1870 que date l'extension systématique des programmes d'études en Autriche.

La réforme a débuté par une modification fondamentale. Les parties auparavant séparées furent réunies, du moins en principe. Le médecin doit avoir en vue l'ensemble, tel était le mot d'ordre et au lieu d'une diversité de *magistri* comme on les appelait, on vit bientôt apparaître des médecins à qui il n'était pas permis de négliger l'oculistique et la gynécologie pour la chirurgie ou la médecine internes. La tâche imposée était par là même devenue insurmontable ; cela n'empêcha pas nos autorités universitaires d'y ajouter la physiologie pratique et la physique médicale. Et nos jeunes Esculapes, sans maugréer, prirent le chemin des nombreux laboratoires qu'on venait de les inviter à visiter. Enfin, voici que, comme dernier chaînon, on annonce que la série va être complétée par la dermatologie et la syphiligraphie consacrées, comme nous l'avons dit, branches ordinaires (*ordentlich*) ou obligatoires.

Telles sont les évolutions qui se sont accomplies durant ces deux dernières décades, c'est-à-dire depuis 1870, et qui prouvent que la stagnation n'a été chez nous qu'apparente. En rendant aux deux branches nommées en dernier lieu, l'hommage qui leur était dû, la Faculté de Vienne n'a fait que rester fidèle à ses traditions progressistes grâce auxquelles elle a pu donner si souvent l'impulsion aux grandes réformes qui ont contribué, de nos jours, au couronnement de l'édifice médical. Espérons que, comme cela est souvent arrivé, les autres Facultés du pays et de l'étranger s'inspireront du bon exemple qui leur est donné par la nôtre. L'intérêt de la société ne marche-t-il pas de pair avec l'intérêt de la science médicale? Est-ce qu'en effet il peut être indifférent au public de savoir ses médecins bien ou médiocrement préparés à leur carrière? Certes, le niveau des disciples dont il s'agit ne pourra que s'élever sous l'influence de l'activité nouvelle, de même que la position et la considération de ceux qui les représenteront plus spécialement. Tous ceux qui, par leur action, ont hâté la réalisation du vœu tant caressé par les collègues soucieux du progrès scientifique de leur partie, tous ceux-là, disons-nous, participeront à l'honneur d'avoir augmenté la renommée de l'école de Vienne ; or, nous trouvons à leur tête notre ministre de l'instruction publique, dont la sollicitude pour tout ce qui sert le perfectionnement des institutions à lui confiées, est sans conteste au-dessus de tout éloge.

Comme nous l'avons annoncé plus haut, nous n'avons pour le moment aucun cas dermatologique curieux à enregistrer; nous sommes, du reste, encore — je veux dire la Société de Dermatologie — sous l'influence de la découverte de Koch, ce que semblent attester un certain nombre de mémoires, de rapports et de brochures, qui sont comme le résidu des expériences provoquées par cette sensationnelle découverte.

Entre toutes les publications ayant trait à la « tuberculine », une des plus remarquables, pensons-nous, est celle de M. le professeur Kaposi; elle est intitulée: *Observations sur le traitement du lupus, de la lèpre et de quelques autres affections de la peau, par la lymphe de Koch.* C'est avec la plus grande objectivité que le docteur Kaposi relate ses expériences thérapeutiques au moyen de la tuberculine; il a appliqué l'injection Koch, méthodiquement, à 50 cas, en un espace de trois mois et demi, et il a consigné ses observations dans un tableau synoptique très clair, lequel permet de suivre pas à pas la marche des phénomènes qui se sont produits.

Le jugement de Kaposi sur la « tuberculine » peut se résumer brièvement en ces termes :

La lymphe de Koch n'est pas un remède absolu contre le lupus, mais un agent au même titre que tous les autres médicaments avec lequel on peut toujours obtenir de bons résultats.

M. Kaposi conseille d'employer la « tuberculine » dans des cas de lupus récent, de végétations très luxuriantes, étendues ou bien présentant de multiples localisations, car il n'y a pas d'autre agent qui, injecté à un endroit quelconque, ait comme celui-là la propriété d'attaquer tous les foyers de lupus, de les mettre en effervescence et de finir par les anéantir jusqu'à restaurer la peau. Ce résultat est si considérable que ce serait grand dommage de ne pas se servir d'un agent qui, ainsi que la tuberculine, réussit

à améliorer, dans une large mesure, l'état de tous les foyers de lupus.

« ... Reste à examiner de quelle façon et jusqu'à quel point un emploi alternatif ou une combinaison méthodiques du nouvel agent avec les moyens curatifs anciens, peuvent être profitables à la thérapeutique du lupus. »

Ainsi se trouve confirmée une fois de plus et par une voix autorisée l'assertion émise d'ailleurs, d'autre part, à savoir que Koch, par sa découverte, n'a point éliminé du monde la tuberculose, mais qu'indubitablement il a apporté une précieuse pierre à l'édifice de la science médicale.

Pour devoir être poursuivis dans le silence du laboratoire, les essais thérapeutiques contre le lupus, au moyen de l'injection Liebreich (Cantharidinsaures Kali) n'en sont pas moins des plus intéressants. L'influence de cette injection sur ladite maladie ne saurait être méconnue, et il est à remarquer que Liebreich et Koch professent des opinions très proches parentes en matière de traitement de l'affection qui nous occupe : tous deux s'appliquent à amener une réaction locale par une assimilation générale. Il serait d'ailleurs prématuré de formuler dès à présent un jugement définitif sur la valeur thérapeutique du remède Liebreich.

Il nous reste à signaler la prescription récemment indiquée par le professeur Pick, de Prague : Linimentum exsiccans, une mixture de 5 parties gomme adragante, 2 parties glycérine sur 100 d'eau.

Ce liniment s'emploie très utilement comme moyen protecteur aseptique.

Dr E. Schiff.

Juillet 1891.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 23 JUILLET 1891. — PRÉSIDENCE DE M. E. BESNIER.

Compte rendu analytique.

Sur un cas de vitiligo.

M. A. MATHIEU. — Le malade que je vous présente porte, comme vous pouvez voir, un vitiligo presque généralisé, à larges plaques achromiques entourées d'une hyperchromie très accentuée. L'hyperchromie est même ici plus marquée que d'ordinaire, ce qui tient peut-être, d'une part, à ce qu'il a été autrefois atteint de fièvres intermittentes; sa rate est même encore anormalement développé; d'autre part, à sa profession : il travaille dans une raffinerie, et sa peau est exposée à nu à l'action d'une température très élevée ; cela suffit chez un homme sain à produire de la mélanodermie. Le diagnostic ici est facile ; cependant, quelques symptômes auraient pu faire penser à la maladie d'Addison. En effet, cet homme est entré à l'Hôtel-Dieu Annexe avec une broncho-pneumonie généralisée, dont il a guéri ; à la suite, il lui est resté un affaiblissement musculaire très marqué, mais ses crachats renferment des bacilles et, d'ailleurs, il n'a aucun trouble digestif.

M. E. VIDAL. — Le vitiligo aussi étendu n'a jamais été signalé dans la maladie d'Addison et, d'ailleurs, le malade n'a pas de pigmentation des muqueuses.

M. E. BESNIER. — Les auteurs qui ont parlé de vitiligo dans la maladie d'Addison ont ordinairement considéré comme tel de simples plaques d'hyperchromie ; mais ici il y a de larges plaques nettement achromiques, il s'agit donc d'un vitiligo vrai. L'absence de pigmentation des muqueuses plaide dans le même sens.

M. MATHIEU. — Quoique j'aie affirmé le diagnostic de vitiligo, je ferai pourtant remarquer que mon malade présente une coloration fauve du voile du palais et des taches pigmentées du prépuce.

M. E. BESNIER. — Au point de vue dermatologique, le prépuce se comporte comme la peau bien plutôt que comme une muqueuse.

Excision du chancre syphilitique.

M. HUMBERT. — J'ai fait l'excision de douze chancres syphilitiques : onze de ces malades ont eu des accidents secondaires ; un seul est resté in-

demne et, depuis deux ans et demi, l'immunité ne s'est pas démentie. Le diagnostic n'était d'ailleurs pas douteux. Malgré ce succès isolé, je ne crois guère à l'efficacité de la méthode abortive, et cela pour diverses raisons.

D'abord, quand faut-il exciser? Le plus tôt possible, dit-on; mais il est des excisions extrêmement précoces qui n'ont nullement prévenu l'infection, tandis qu'au contraire elle a été évitée après des excisions pratiquées au quinzième et même au vingtième jour. Il y a donc là des contradictions inexplicables. Faut-il se guider sur l'adénopathie? Mais elle peut être ou faible ou nulle, et l'excision a pu réussir alors qu'elle était déjà manifeste. En résumé, les succès de l'excision se produisent au hasard pour ainsi dire, et il est impossible d'établir une règle fixe.

Ces succès sont d'ailleurs fort rares. M. Jullien, sur 18 cas, en compte trois; pour ma part, j'en ai eu un sur douze. Mais qui ne sait qu'il existe des syphilis extrêmement bénignes indépendamment de toute excision?

Quant aux syphilis *atténuées* par l'intervention chirurgicale, j'avoue ne pas bien comprendre; l'infection générale existe ou n'existe pas lors de l'excision, et il faudrait de bien autres preuves qu'un retard de quelques jours dans l'apparition d'une roséole pour obliger à admettre cette hypothèse d'atténuation des symptômes secondaires. D'ailleurs la bénignité relative de ces symptômes n'entraîne nullement celle des accidents ultérieurs.

Ce n'est pas que je condamne absolument l'excision; je continuerai à la pratiquer dans certains cas, puisque après tout elle a toujours bien l'avantage de guérir en quelques jours une lésion qui spontanément exigerait plusieurs semaines. Mais on ne peut pas promettre aux malades des résultats bien assurés et les entretenir peut-être dans une fausse sécurité qui peut avoir des dangers pour eux-mêmes et leur entourage. D'autre part, je ne me permettrai jamais d'intervenir dans le cas où l'on serait obligé de creuser au bistouri le gland ou les corps caverneux et de laisser ainsi des pertes de substance, alors que la guérison spontanée n'en aurait pas déterminé.

M. A. Renault. — L'efficacité de l'excision ne pourra être guère tranchée que lorsqu'on aura suivi un grand nombre d'excisés pendant une période de vingt à trente ans au moins.

M. Barthélemy. — Je m'associe pleinement aux conclusions de M. Humbert. Les ganglions sont pris généralement dès la fin de la première semaine, et je rappelle que M. Fournier a eu l'occasion de constater, dans une autopsie, une adénopathie iliaque, nouvelle raison pour que l'excision reste forcément incomplète, même après ablation des ganglions de l'aine.

Pontoppidan a pu, chez un homme porteur d'un chancre, au douzième jour obtenir, par auto-inoculation, un chancre abdominal. Ce fait semble prouver que l'infection générale n'est pas, au douzième jour, un fait accompli et permet, dans ces limites, d'espérer des succès par l'excision.

Mycosis fongoïde.

M. Hallopeau. — Ce malade présente, en même temps que des tumeurs caractéristiques, des placards érythémateux qui, par leur disposition et

surtout l'épaississement dermique dont ils s'accompagnent, appartiennent en propre à la période pré-mycosique.

Il n'y a pas de prurigo dans le mycosis, malgré l'intensité qu'y atteint souvent le prurit; ce fait peut s'expliquer par l'altération que présentent en pareil cas les papilles du derme; ces papilles sont très vraisemblablement le siège de la congestion réflexe et de l'infiltration que provoque le grattage chez les sujets sains, donnant lieu ainsi à la formation des papules de prurigo; leur altération, chez les sujets atteints de mycosis, empêcherait le grattage d'y produire ces éléments éruptifs.

Le malade présente au prépuce une tumeur qui offre la plus grande ressemblance avec un chancre induré; elle n'en diffère que par l'aspect légèrement mamelonné d'une partie de sa surface.

Il a, en outre, des adénopathies multiples; elles sont rigoureusement circonscrites aux régions qui correspondent à des tumeurs, elles ne sont donc pas, comme pourraient le faire supposer les cas dans lesquels elles sont généralisées, provoquées par un trouble général de la nutrition qui se traduirait par des altérations du système lymphatique, en même temps que par une dermatose; ce sont, au contraire, des affections locales, directement subordonnées aux lésions cutanées.

M. E. Besnier. — Il est encore douteux que les tumeurs puissent se développer d'emblée sur la peau saine. Jamais pour ma part je ne l'ai observé; c'est toujours au niveau des plaques eczématiques ou psoriasiformes ou bien d'indurations, d'épaississements diffus de la peau.

M. Vidal. — C'est justement à propos de ces faits que nous avons admis la forme à tumeur d'emblée, l'épaississement dermique nous ayant paru être le premier stade de la tumeur.

Vergetures à la suite d'une dermatite exfoliatrice.

M. Du Castel. — Je vous présente une jeune fille qui, à la suite d'un psoriasis léger, a été prise de dermatite exfoliatrice généralisée, dont elle est maintenant convalescente, après avoir traversé une phase de cachexie assez intense (diarrhée, émaciation, etc.).

La dermatose lui a laissé, comme vous pouvez voir, de nombreuses vergetures sur les membres inférieurs, qui sont froids, violacés et atteints de spasmes toniques, qui rendent la marche encore impossible.

Quelle est la cause de ces vergetures? Est-ce l'émaciation? Je ne le crois pas; elles sont trop localisées pour cela? Est-ce la croissance? Mais les vergetures qui dépendent de cette cause siègent de préférence au-dessus de la rotule et ma malade en a peu en ce point. Je crois plutôt qu'il s'agit là de *troubles trophiques*, de même origine que la dermatite exfoliatrice elle-même.

Un cas de lichen plan traité par l'hydrothérapie.

M. L. Jacquet. — L'emploi méthodique de l'hydrothérapie est peut-être un peu trop négligé aujourd'hui dans les dermatoses qui paraissent être sous la dépendance d'un trouble du système nerveux. Voici tout au moins

un fait qui semble le prouver en ce qui concerne le *lichen plan*, que nous regardons avec la majorité des dermatologistes contemporains (Fox, Hutchinson, Mackensie, E. Besnier, Kobner, etc., etc.), comme une dermatoneurose, bien que les relations, le *trait d'union*, entre le système cérébro-spinal et la lésion cutanée soient encore inconnus.

Mme X..., 36 ans, sans antécédents nerveux héréditaires ou personnels avérés, a été souffrante pendant tout l'été de 1890 (maux de tête continuels, bronchites légères, pertes blanches plus abondantes que d'habitude). A ces troubles vinrent se joindre des ennuis domestiques imprévus, et enfin dans les premiers jours d'octobre survint un catarrhe de la trompe d'Eustache droite, qui entraîna une surdité relative. Ce dernier incident fut particulièrement pénible pour la malade qui est concierge, et lui causa de nombreux désagréments. Dans ces conditions, vers les premiers jours d'octobre, elle a été prise d'énervement progressif d'insomnie, d'inappétence, puis de démangeaisons surtout nocturnes, et enfin, vers le 15 octobre, d'une éruption de lichen plan typique sur les avant-bras, les bras, le tronc, la région lombo-sacrée et les cuisses. La face, le cou, les épaules, les pieds, les mains et les muqueuses restèrent indemnes.

Je lui prescrivis des applications de glycérolé tartrique, des bains et de la liqueur de Fowler.

Jusqu'au milieu de novembre l'état ne fit qu'empirer; les démangeaisons, l'éruption, l'énervement et l'insomnie augmentèrent; je dois reconnaître, d'ailleurs, que la malade ne put suivre son traitement de façon très scrupuleuse, à cause des exigences de sa profession. Je lui conseillai alors l'hydrothérapie sous forme de douches tièdes à 35° suivies d'une courte affusion froide. *En très peu de jours* une détente complète se produisit : l'énervement diminua, le sommeil et l'appétit reparurent, les démangeaisons se calmèrent. L'éruption commença à s'atténuer vers la fin de la troisième semaine : il y eut une rechute légère, quelques papules nouvelles apparurent en même temps qu'un peu d'œdème et d'hyperesthésie aux pieds; mais cette rechute fut de très courte durée et, à la fin de décembre, cette malade, complètement guérie, n'ayant plus que des macules, cessa les douches. Elle n'avait fait, depuis leur début, aucun autre traitement.

Au mois de mai 1891 eut lieu une menace de récidive. L'énervement et le prurit reparurent, puis quelques efflorescences que je n'ai pas constatées moi-même, mais qui, m'a dit la malade, ressemblaient aux précédentes. Elle reprit ses douches et tout rentra rapidement dans l'ordre.

En résumé, un lichen plan, d'intensité moyenne, a été *immédiatement* soulagé dans ses symptômes subjectifs et assez *rapidement* guéri dans ses manifestations objectives par le seul traitement hydrothérapique. Sa durée totale a été de deux mois environ, ce qui est relativement court.

Je crois que dans les dermatoses aussi étroitement liées que le lichen plan à un trouble du système nerveux, on aurait grand avantage, sauf, bien entendu, contre-indications d'ordre général, à employer plus volontiers qu'on ne le fait actuellement le traitement hydrothérapique sous la forme qui paraîtra appropriée à chaque cas particulier.

M. E. Besnier. — Ce fait mérite d'être pris en considération. L'influence

du système nerveux étant évidente, tout ce qui peut concourir à sa sédation est d'un emploi logique. Dans divers cas de dermatoses prurigineuses, j'ai récemment pour ma part employé l'antipyrine qui a rendu à mes malades des services très appréciables surtout au point de vue du prurit. Cela est d'autant plus remarquable que l'antipyrine avait jusqu'ici passé pour suspecte au point de vue dermatologique puisqu'elle peut à elle seule déterminer des éruptions diverses.

M. Morel-Lavallée. — M. Nitot a également utilisé l'antipyrine dans des cas analogues et avec succès.

M. Mathieu. — J'ai eu à traiter récemment un névropathe (hystérie, polyurie, prurit et lésions lichénoïdes diverses). Je lui ai donné l'antipyrine à dose de 4 grammes par jour, sans penser d'ailleurs le moins du monde à ses lésions cutanées. Or, en deux jours le prurit cessa complètement, et peu après les plaques d'eczéma lichénoïde disparurent d'elles-mêmes.

Considérations relatives à la syphilide pigmentaire.

M. A. Renault. — Je désire préciser, un peu mieux peut-être qu'on ne l'a fait jusqu'ici, les caractères cliniques de cette lésion spéciale et en outre rechercher la terminologie qui lui semble le mieux applicable.

Depuis près de cinq mois, j'ai étudié principalement au point de vue de la pigmentation cervicale toutes les femmes, syphilitiques ou non, admises dans mon service de Lourcine, et voici les résultats auxquels j'ai abouti :

1° Les auteurs disent que la syphilide pigmentaire n'apparaît pas avant le sixième mois de la maladie et qu'elle évolue du sixième au trente-sixième mois. Or j'ai plusieurs fois constaté nettement cette syphilide dès la première poussée des accidents secondaires, c'est-à-dire à deux ou trois mois en moyenne du début de la maladie.

2° On ne doit affirmer la nature spécifique de l'éruption que lorsqu'il existe des îlots blancs au sein de la zone pigmentée. Une pigmentation uniforme du cou n'a pas de signification au point de vue du diagnostic; l'opinion contraire explique l'erreur de Fox et de Kaposi qui nient l'autonomie spécifique de cette syphilide.

De plus, à mon sens, la lésion ne consiste pas dans l'hyperpigmentation cutanée, mais bien dans les îlots blancs qui donnent aux téguments du cou une apparence tachetée, — et qui proviennent d'ailleurs purement et simplement d'une illusion d'optique, comme l'a démontré Tanturri. — Selon moi, la meilleure définition de cette éruption est celle de *pseudo-leucodermie* syphilitique.

M. Vidal. — Je fais quelques réserves sur la dénomination de *leucodermie.* La décoloration n'est qu'apparente et les parties blanches ont, d'après Tanturri, les caractères de la peau normale. J'ai constaté parfois, dans ces cas, une anesthésie relative.

M. Hallopeau. — Peut-être la syphilide pigmentaire n'est-elle que le reliquat d'une roséole fruste.

M. Vidal. — J'ai cru longtemps que la syphilide pigmentaire était consécutive à une éruption antérieure, et j'ai vu des cas où elle relevait évi-

demment de cette origine, mais j'en ai également observé d'autres où cette origine ne pouvait être admise.

M. A. Renault. — En tout cas, la roséole, étant très rare au cou, ne peut guère être incriminée.

M. Balzer. — J'ai pu reconnaître, au Midi, que la syphilide pigmentaire du col est loin d'être rare chez les hommes, contrairement à ce qu'on admet. Et je l'ai rencontrée non seulement chez des gens à peau blanche et fine, mais aussi chez des sujets à peau rude.

M. E. Besnier. — Nous avons tous fait dans cet hôpital la même observation. J'ai même vu chez un homme une syphilide pigmentaire du corps. Il est généralement admis que les taches blanches ne sont pas leucodermiques, mais la pigmentation est-elle primitive? Il est plus probable qu'elle est consécutive à une roséole fruste restée inaperçue.

M. de Beurmann. — Je crois aussi que cette lésion est un reliquat d'éruption, et j'ai remarqué que les syphilitiques ont assez souvent à la période secondaire un facies congestif particulier. Peut-être est-ce là ce qui détermine ultérieurement des pigmentations du col.

Maladie de Weir Mitchell.

M. Morel-Lavallée. — Il s'agit d'une femme atteinte d'érythromélalgie avec paroxysmes aux mains et qui, tout l'hiver, souffre d'asphyxie locale des extrémités avec une sorte de balancement des deux affections.

La maladie dure depuis vingt-deux ans; les crises de congestion rouge sont provoquées par la chaleur extérieure et les phases de la digestion. Les troubles fonctionnels sont nuls, la patience n'éprouvant pas de douleurs et n'accusant alors qu'une sensation de chaleur mordicante. Au début, il y eut vers les orteils des phénomènes qui furent attribués à tort à la goutte.

La sensibilité, la force musculaire, la nutrition, les réflexes sont intacts.

La douleur, considérée par Weir Mitchell, comme le symptôme primordial et capital, fait défaut dans ce cas; de plus, la symétrie, qui est bien plus rarement absolue, l'est ici rigoureusement, car les pommettes et les oreilles sont même affectées. D'habitude, les membres inférieurs sont pris exclusivement ou principalement; ici, ce sont les supérieurs. Les troubles trophiques ne se voient jamais; il y a eu ici des altérations (légères) des ongles.

Enfin, la coexistence chez le même sujet, des maladies de Weir Mitchell et de M. Raynaud montre l'analogie de ces deux angionévroses à effets opposés. Pour terminer, il est préférable, pour désigner la première de ces deux affections, d'adopter le nom de maladie de Weir Mitchell, et non celui d'érythromélalgie, ne fût-ce qu'à cause de l'absence possible du symptôme *douleur*, comme dans cette observation.

Sur la névrite du zona.

M. Barthélemy. — A la suite d'un cas de zona de la branche inférieure du trijumeau, j'ai observé une paralysie faciale assez tenace, ce qui, en

raison des anastomoses peu nombreuses et peu importantes qui unissent les deux nerfs, me paraît plaider en faveur de l'origine centrale de cette affection.

M. E. Besnier. — Ces cas de paralysies consécutives au zona ne sont pas très rares. Un de mes élèves a contracté un zona ophtalmique, en étudiant dans le service un cas de cette même affection. Il a eu à la suite une paralysie faciale grave dont rien n'a pu le débarrasser.

Érythème papuleux.

M. Hallopeau. — Voici de nouveau le malade que je vous ai montré dans la dernière séance comme atteint d'une *dermatose érythémateuse et papuleuse de nature indéterminée;* l'éruption est partout aujourd'hui en voie de régression; cette évolution rapide est en faveur du diagnostic érythème papuleux formulé par M. Vidal; les caractères de la maladie ont été cependant très différents de ceux que l'on observe d'ordinaire dans cet érythème; en effet, l'éruption a débuté par le tronc et le visage; elle a offert la plus grande ressemblance par places avec celle du pityriasis rosé, par places avec celle du lichen plan; elle s'est accompagnée d'adénopathies généralisées. On comprend sous les dénominations d'érythèmes papuleux ou polymorphes des dermatoses tellement distinctes par leurs caractères cliniques et leur évolution qu'il est difficile de les rattacher à l'action d'une seule et même cause prochaine; il est probable que des maladies de natures diverses sont confondues sous ces noms.

Éruption bromurique polymorphe chez une femme de cinquante ans.

M. B. Marty. — J'ai observé, il y a quelque temps, un cas d'éruption bromurique, analogue à ceux que MM. Feulard et Cayla ont communiqués à la Société de dermatologie, dans la séance du 11 juin dernier.

Il s'agit d'une femme de cinquante ans, nerveuse, qui m'avait été adressée pour un épithélioma superficiel de l'aile du nez. Cette dame, sous l'influence de la ménopause, avait vu s'accentuer ses troubles névropathiques. Je la soumis au traitement bromuré (1 gramme de Kabr, 1 gramme de Nabr par jour). Sauf quelques rares pustules d'acné, qui apparurent au front et au menton, la médication fut bien tolérée pendant quelques jours et la malade paraissait s'en bien trouver, quand, trois semaines après, elle vint me montrer une éruption presque généralisée. Les membres inférieurs, seuls, étaient à peu près indemnes, présentant seulement quelques éléments de folliculite. Sur le tronc (en avant, en arrière et sur les côtés), on voyait des taches érythémateuses, scarlatiniformes, d'aspect toxidermique, auxquelles venaient se joindre des éléments papuleux et acnéiques (surtout au dos et aux fesses). A la nuque, deux furoncles de la grosseur d'une noisette. Au bras droit, autre furoncle de même dimension, mais plus aplati. Enfin, à la face postéro-externe du bras gauche et à la partie moyenne, anthrax de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent, ouvert sous l'influence de cataplasmes que la malade avait appliqués d'elle-même, présentant cinq pertuis d'où s'échappaient des bourbillons. Douleur vive, sur-

tout à la pression. Troubles gastriques. Léger mouvement fébrile. Ni sucre, ni albumine dans les urines.

Pensant que le traitement bromuré n'était pas étranger à ces accidents, je fis suspendre cette médication, prescrivis des lavages boriqués, et quelques jours après tout était rentré dans l'ordre.

Cette observation m'a paru présenter un certain intérêt :

1° Elle montre une fois de plus que les bromures, même à faible dose, peuvent déterminer des troubles assez sérieux, notamment des lésions cutanées, et que, par suite, il faut surveiller leur action. Ce fait est bien établi. MM. Hardy, Kaposi, Brocq, Jacquet, en ont cité des exemples au Congrès de dermatologie de 1889 ;

2° Elle vient à l'appui de ce que faisait remarquer dernièrement M. le professeur Fournier, à savoir, que la tolérance d'un même médicament, chez un même sujet, varie d'une époque à une autre. (Ma malade a pris, depuis, du Kbr, sans autre accident que quelques pustules d'acné au visage.)

Pseudo-pelade.

M. Arnozan (de Bordeaux) adresse la relation d'un fait de pseudo-pelade avec plaques achromateuses et plaques hyperchromateuses. Il est comparable à celui que M. Hallopeau a publié récemment sous le titre d'angionévrose avec alopécie pseudo-péladique et troubles de la pigmentation : dans les deux cas on a observé une chute de poils simulant la pelade, mais ne réalisant pas complètement ce genre d'alopécie, et des désordres de la pigmentation, amenant la formation de plaques achromiques avec coloration brune exagérée à l'entour des plaques ; dans les deux cas, les plaques décolorées recouvrent partiellement leur pigmentation normale à certains moments et les poils repoussent blancs sur les plaques achromiques ; mais, chez le malade de M. Arnozan, on n'observe pas, comme chez celui de M. Hallopeau, de l'anesthésie et des troubles vaso-moteurs ; on peut admettre néanmoins que le système nerveux joue un rôle important dans la pathogénie de cette affection ; elle mérite le nom de tropho-névrose.

Amputation spontanée des orteils chez les syphilitiques.

M. E. Vidal communique, au nom de M. Viennois (de Lyon), une observation que l'on trouvera *in extenso* page 689.

La séance est levée.

L. Jacquet.

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE (1)

SÉANCE DU 3 JUIN 1890

Importance bactériologique de l'aristol.

M. Heller. — Si l'aristol peut remplacer l'iodoforme, il doit en avoir les propriétés antibactériennes. L'iodoforme détruit non seulement les mi-

(1) *Berliner klin. Wochenschrift*, 1891, n° du 1er juin, p. 545.

cro-organismes, mais, de plus, il rend impropre le terrain pour le développement des bactéries et, par suite, pour la formation de leurs produits toxiques. Il s'agit donc de comparer l'action antiseptique de l'iodoforme à celle de l'aristol. L'iodoforme et l'aristol sont employés principalement comme poudres à poudrer sur un terrain de culture approprié au développement des bactéries (plaies), à la température du corps, à l'abri de la lumière et de l'humidité. Conformément à cela, un terrain de culture, constitué par de l'agar, fut versé dans les coupes de Petri, infecté de micro-organismes et saupoudré d'iodoforme et d'aristol, en proportion graduellement croissante. Les coupes furent renfermées dans l'étuve pendant deux à trois jours, à une température de 37°,5, loin de la lumière. On a entretenu l'humidité. Les matières d'inoculation consistaient principalement en staphylococcus pyogenes aureus, en bactéries de pourriture et en bacilles charbonneux.

L'aristol ayant été recommandé comme un spécifique contre le lupus, il aurait été surtout intéressant d'observer l'action de l'aristol sur les bacilles tuberculeux. En raison de la difficulté des recherches, mais, avant tout, à cause des résultats peu satisfaisants obtenus avec l'aristol, à la clinique du Dr Rosenthal, dans le traitement du lupus, l'auteur s'est borné à l'étude des micro-organismes mentionnés ci-dessus. Voici les résultats obtenus : Sur les plaques saupoudrées d'iodoforme, on voit les masses de micro-organismes le long des traînées d'inoculation. On ne constate pas le développement, l'expansion au delà de la plaque, bien que les cultures datent déjà de quelques semaines. Au contraire, les staphylocoques et les bacilles de pourriture présentent une croissance luxuriante sur les plaques saupoudrées d'aristol. Le staphylocoque a formé en abondance la matière colorante caractéristique, le bacille de pourriture a littéralement traversé toute la plaque et l'a ainsi rendue non transparente. Ce n'est que dans les points où l'aristol formait une couche très épaisse que la croissance des bactéries s'est arrêtée.

L'action de l'iodol est plus faible que celle de l'iodoforme; par contre, sensiblement plus forte que celle de l'aristol.

Ces expériences qui concordent avec celles de Neisser démontrent que l'aristol, relativement à ses propriétés antibactériennes, a une valeur moindre que l'iodoforme.

L'aristol possède-t-il d'autres avantages pouvant augmenter la richesse de notre arsenal thérapeutique? C'est ce qu'il reste à décider. Toutefois, cela lui paraît très douteux, d'après les expériences faites à la clinique de Rosenthal.

M. Behrend croit que l'aristol ne possède pas les propriétés qu'on lui a attribuées à l'origine. Il ajoute qu'on ne doit pas tirer, en général, des expériences de culture, dans le verre à réaction, des conclusions sur ce qui se passe dans l'organisme, attendu que, dans l'organisme, il y a des conditions autres que sur le terrain de culture. Quant à l'aristol, il croit que, désormais, il n'y aura plus de divergences d'opinions.

M. Bœr remarque, contrairement à l'opinion de Behrend, qu'il faut employer le verre à réaction pour les expériences de ce genre. Toutes les méthodes de désinfection, faites avec succès, reposent à l'origine sur des

expériences semblables. Il aurait seulement désiré que M. Heller fît ses expériences non sur de l'agar, mais avec du bouillon ou d'autres terrains de culture.

M. Heller. — Les expériences ont été faites sur un terrain solide de culture, parce que l'aristol, complètement insoluble dans les liquides aqueux, était resté sans action au fond des verres à réaction.

M. Bœr, — en réponse à l'observation de M. Heller, que, dans les tubes de bouillon, l'aristol tombe au fond, sous forme de poudre, et, dans ces conditions, ne saurait agir, puisque les bactéries croissent à la surface dans le bouillon, — dit que cela n'entre pas en ligne de compte, quant aux micro-organismes pour lesquels l'aristol a une action antiparasitaire.

Dans les expériences avec l'iodoforme, il suffit de suspendre un fragment de papier à filtre imprégné de spray, d'éther iodoformisé dans le vase, préparé avec des cultures de bacilles, pour tuer la culture ou empêcher le développement des bactéries. Le choléra, dans des tubes avec bouillon, auquel on a ajouté de l'iodoforme, ne se développe nullement, bien qu'il pousse principalement à la surface.

M. Rosenthal partage l'opinion de M. Bœr, tout au moins dans sa première partie. Les expériences de M. Heller n'expliquent que l'importance bactériologique, mais non clinique, de l'aristol. Il ne s'agit ici que de savoir si l'aristol arrête ou non le développement des bactéries ? Et, considérées à ce point de vue, les expériences de M. Heller sont convaincantes.

M. Heller. — Si l'on n'est fixé quant aux parties sur lesquelles les bactéries se sont développées, on n'a qu'à examiner au microscope la prolifération des plaques à un faible grossissement. Dans les points où les micro-organismes se sont développés, le terrain de culture perd sa transparence et paraît trouble.

A l'objection de M. Behrend, l'auteur répond qu'il a, à dessein, mis en quelques points de la plaque beaucoup d'aristol, en d'autres très peu, pour éviter l'objection que la proportion d'aristol a une importance décisive.

SÉANCE DU 2 JUILLET 1890. — PRÉSIDENCE DE M. KÖBNER

Érythème exsudatif.

M. Behrend présente un malade atteint d'érythème exsudatif avec phlyctènes ou herpès iris, caractérisé par des disques rouge bleuâtre, infiltrés, saillants, de la dimension d'une pièce de 50 centimes, entourés d'un liséré de bulles, tandis qu'au centre de quelques-uns de ces disques il y a une croûte jaunâtre aplatie, il en résulte l'aspect en cocarde ; chez d'autres, au contraire, le centre du disque est déjà guéri. Ce qu'il y a d'intéressant chez ce malade c'est que non seulement la face dorsale, mais encore la paume des mains sont recouvertes de nombreuses efflorescences de même nature. Dans ces conditions, il serait facile de considérer cette éruption comme étant de nature syphilitique. L'auteur a vu un cas dans lequel cette erreur a eu lieu.

M. Saalfeld, après les explications de M. Behrend, se bornera à pré-

senter la malade. Il s'agit d'une femme de 21 ans. Depuis l'âge de 5 ans, elle a des poussées d'érythème exsudatif multiforme. Ces poussées se reproduisirent jusques il y a trois ans ; depuis lors la malade resta indemne, il y a quinze jours survint de nouveau une éruption. L'affection existe sur le dos des mains, le côté de l'extension des doigts et les oreilles. La muqueuse buccale et les pieds sont indemnes.

Trichomycose nodulaire.

M. Behrend montre ses préparations sur la trichomycose noueuse. De nouveaux examens des poils lui ont prouvé que le dépôt des champignons saprophytes, dont il a présenté des cultures pures, permet d'admettre une altération matérielle des poils, telle qu'elle est constituée par la trichorrhexie noueuse qui existe dans le cas actuel. Mais même là où les amas de champignons sont déposés sur la tige en apparence intacte, on observe souvent un écartement des squames de la cuticule comme dans les poils microphytiques de l'aisselle, écartement qui offre pour ainsi dire aux champignons un refuge pour leur colonisation.

De l'antipyrine dans le traitement des maladies de la peau.

M. Blaschko a employé l'antipyrine dans un certain nombre de maladies de la peau. L'antipyrine est un nervin et voici d'après quelles considérations l'auteur a été amené à la prescrire dans ces affections. Parmi les dermatoses, il en est un certain nombre que l'on doit regarder comme de pures névroses, par exemple le prurit cutané nerveux ; de plus, une autre série de maladies que l'on est disposé à attribuer à une maladie des parois vasculaires, les angionévroses. Mais il y a aussi dans bon nombre d'autres affections de la peau des phénomènes nerveux concomitants qui jouent un rôle plus ou moins important, notamment le prurit, pour lequel une thérapie spéciale est nécessaire.

Au nombre des maladies contre lesquelles l'auteur a employé systématiquement l'antipyrine, il signale une affection de la première enfance qui se manifeste par l'apparition de papules semblables à de l'urticaire, principalement la nuit quand les enfants se mettent au lit. Cette affection est caractérisée souvent par des nodosités prurigineuses. Aussi, surtout lorsqu'elle envahit les membres, l'École de Vienne la regarde comme le premier degré du prurigo, tandis que d'autres auteurs la désignent sous le nom de lichen ortié, d urticaire papuleuse, etc. Il est extrêmement douteux pour Blaschko que cette maladie constitue la première période du prurigo vrai de Hebra; il voudrait de nouveau désigner cette affection sous le nom de strophulus que lui donnaient les auteurs anciens; le prurit est souvent si violent que les enfants ne peuvent parfois dormir pendant des mois et des années et sont très affaiblis. On peut bien rapporter le processus pathologique qui forme la base de la maladie à une irritabilité réflexe exagérée des nerfs de la peau et à une hyperesthésie concomitante des nerfs sensibles de la peau. Et *a priori* on pouvait s'attendre à ce que l'antipyrine rendrait au point de vue symptomatique de bons services si

l'on continuait simultanément le traitement local — bains de goudron et pommade de naphtol. Cependant l'auteur ne tarda pas à constater, dans une série de cas, que l'antipyrine agit non seulement d'une manière symptomatique, mais que tout le processus morbide est modifié favorablement et que même, dans bien des cas, il disparaît complètement après un traitement relativement court.

Il administre dans ces cas l'antipyrine en poudre ou en solution :

Antipyrine.	2 grammes.
Sucre	8 —

A prendre le soir sur la pointe d'un couteau jusqu'à une demi-cuillerée à café.

Chez les petits enfants :

Antipyrine	1 gr. 5
Eau distillée	ââ 25 grammes.
Sirop de sucre.	

Le soir, une cuillerée à café.

Sous l'influence de ce traitement, le prurit et le grattage diminuent très notablement chez tous les malades dès les premières semaines, et les enfants commencent à dormir; ce n'est que chez un très petit nombre d'enfants que surviennent encore de nouvelles papules; chez le plus grand nombre, l'exanthème s'éteint complètement avec le temps. Dans tous ces cas, on tourne dans un cercle vicieux : les papules provoquent une sensation de prurit, les enfants se grattent et déterminent ainsi de nouvelles nodosités. L'antipyrine rompt ce cercle vicieux en arrêtant la sensation de prurit. L'action du médicament a été, dans beaucoup de cas, si favorable et si énergique que Blaschko est disposé à attribuer à l'antipyrine une influence directe sur les nerfs vasculaires. Dans tous les cas où il existait en même temps d'autres affections qui étaient peut-être en rapport étiologique avec le strophulus, telles que la dentition, la gastrite, la constipation, etc., l'auteur n'a pas manqué d'agir par un traitement direct sur ces états.

Dans l'urticaire purement nerveuse, notamment sans troubles des voies digestives, l'antipyrine a souvent une action très favorable. Dans le prurit nerveux, l'antipyrine s'est montrée extrêmement efficace et l'auteur conseille, dans ces cas, de recourir toujours en premier lieu à ce médicament. Il donne habituellement 50 centigrammes trois fois par jour; dans les cas plus aigus, il double cette dose. Même dans le prurigo vrai, l'antipyrine lui a donné d'excellents résultats : elle est l'auxiliaire le plus actif du traitement spécial.

Dans une autre maladie, dans l'érythème exsudatif, érythème noueux, peliose rhumatismale, etc., il a fréquemment employé l'antipyrine; le plus souvent, il est vrai, la guérison survient spontanément, toutefois dans les cas où il y a des douleurs articulaires plus ou moins vives, l'antipyrine donne d'excellents résultats, elle agit ici moins comme nervin que comme antirhumatismale. Les douleurs de l'herpès zoster sont modifiées par l'antipyrine.

Dans l'eczéma chronique, comme remède symptomatique, elle n'a qu'une importance secondaire, tandis que dans l'eczéma aigu elle exerce une influence salutaire sur l'état fébrile, sur la congestion des vaisseaux de la peau et rend en réalité de très bons services, concurremment avec le repos et l'emploi d'applications calmantes.

L'auteur termine sa communication par l'exposé des deux cas suivants dans lesquels l'antipyrine eut une influence des plus remarquables.

Le premier cas concerne un pemphigus vulgaire grave traité sans succès depuis un an par l'arsenic et d'autres remèdes. Tout le corps était recouvert de cicatrices, avec pigmentation brun foncé et il existait encore de nombreuses bulles de pemphigus. Sous l'influence des doses élevées d'arsenic les bulles disparaissaient; mais dès que l'on suspendait ce remède ou qu'on en diminuait les doses, l'éruption apparaissait de nouveau.

Ce fut très probablement l'usage prolongé de l'arsenic qui amena une violente gastrite et une hépatite. Le malade était très affaibli, il survint une ascite pour laquelle il entra à l'hôpital, où on lui fit une ponction qui donna issue à plusieurs litres de sérosité. Pendant les premiers temps de son séjour l'exanthème avait disparu, mais après la guérison de l'ascite, les bulles reparurent et, sur les instances du malade et en raison de l'inefficacité de tout autre traitement, l'auteur prescrivit de nouveau l'arsenic, tout en interrompant de temps à autre l'administration de ce médicament. Il ordonna aussi de l'antipyrine pour atténuer le prurit et à sa grande surprise, non seulement le prurit cessa, mais encore il ne se produisit plus de bulles. Depuis sept ou huit mois il n'est pas survenu de nouvelles éruptions bulleuses; l'état général est satisfaisant, le malade est à même de reprendre son travail et son poids a augmenté.

L'amélioration se maintient; quelques petites bulles isolées sont récemment survenues, toutefois elles s'accompagnent de troubles si insignifiants que le malade juge superflu de faire un traitement quelconque.

Le deuxième cas est un lichen ruber chez une jeune femme qui vint consulter l'auteur après un traitement inutile de trois mois.

L'affection était localisée sur le dos des mains, les avant-bras, les cuisses, dans le creux poplité et occasionnait un violent prurit. L'emploi de l'arsenic n'ayant amené aucune amélioration, Blaschko eut recours à l'antipyrine, dès le premier jour le prurit cessa et l'exanthème disparut complètement dans l'espace de deux semaines, après que la malade eut pris 12 grammes du remède. Au bout de quinze jours, légère récidive. Après 5 grammes d'antipyrine l'éruption céda aussi rapidement que la première fois : depuis lors il n'y a pas eu de récidive.

Dans un autre cas de lichen ruber, le prurit cessa immédiatement sous l'influence de l'antipyrine; mais il lui a semblé que malgré cela le lichen s'étendait.

L'auteur conseillerait, d'après les résultats qu'il a obtenus dans ces deux cas, d'essayer l'antipyrine dans le lichen ruber et le pemphigus, sans cependant lui attribuer une action spécifique dans ces affections. Il ne faut pas considérer l'antipyrine comme une panacée pour toutes les dermatoses; on doit dans la plupart des cas la regarder comme un remède contre le prurit et comme un auxiliaire précieux des autres agents thérapeutiques.

Discussion.

M. Behrend pense que le seul et le meilleur moyen de combattre le prurit dans l'eczéma, est de guérir l'eczéma. Il ne regarde pas absolument le traitement interne comme inutile, alors même qu'il lui est impossible de croire que le résultat dépende seulement d'un remède pris à l'intérieur.

On n'a malheureusement jusqu'à présent pas de point de repère pour instituer un traitement interne efficace, de sorte qu'actuellement la médication externe reste toujours la partie essentielle de la médication.

Il en est ainsi pour le pemphigus, qui est selon lui une maladie dyscrasique et dans laquelle une thérapie locale a peu de succès, mais pour laquelle aussi le traitement interne n'a pas de base. Quant à l'antipyrine, c'est la pratique seule qui décidera de son efficacité.

L'orateur proteste ensuite contre la proposition de M. Blaschko de revenir à la dénomination de strophulus, car Willan désignait sous ce nom des formes morbides tout à fait différentes, n'appartenant pas au même groupe de dermatoses; un des grands mérites de Hebra est d'avoir fait une sélection sous ce rapport.

M. Saalfeld. — Une dame de la clientèle du professeur Köbner se présenta à eux dans un état qui ne permettait pas de faire un diagnostic précis. Elle était traitée d'autre part avec du naphtol et d'autres remèdes actifs. Le nez et les parties avoisinantes des joues étaient rouges, tuméfiés et quelques points en desquamation ; il y avait en outre des nodosités isolées semblables à celles de l'acné rosée.

Cette malade réagissait très vivement sous l'influence des agents les plus indifférents. Pendant le traitement, peu de temps après s'être mise au lit, le nez et les parties adjacentes se tuméfiaient avec prurit et sensation de tension, au point que la malade pouvaient à peine rouvrir les paupières et perdait le sommeil. En raison de la périodicité de ces accidents, l'auteur prescrivit l'antipyrine qui, au bout de quelques jours, fit disparaître entièrement tous les malaises.

De plus, il voudrait demander à M. Blaschko s'il a vu, après l'antipyrine, chez les sujets atteints de maladies de la peau, survenir des complications par exemple des exanthèmes; s'il a employé l'antipyrine en injections sous-cutanées et sous forme de pommade ou de poudre.

M. Köbner. — Depuis plusieurs années l'antipyrine a été employée dans les maladies de la peau soit à l'intérieur, soit en injections hypodermiques, par quelques collègues et par moi-même. Il y a trois ou quatre ans, le Dr Jacobson lui a dit avoir vu, chez une femme âgée, atteinte d'un prurit sénile très intense sans lésion de la peau, de très bons effets de l'emploi sous-cutané de l'antipyrine. Dans un autre cas, des essais répétés n'ont eu presque aucune influence calmante. Dans un troisième cas, il s'agissait d'une urticaire prononcée datant de plusieurs années chez un homme de 44 ans, chez lequel Köbner constata un catarrhe de l'estomac avec tuméfaction du foie. Des stomachiques et des cures d'eau minérale amenèrent un soulagement qui persista un an, puis ces moyens restèrent sans action. L'anti-

pyrine chez ce malade agissait merveilleusement au début; mais après quatre semaines, elle n'eut plus aucune efficacité.

L'auteur est du même avis que Behrend en ce qui concerne l'eczéma. Quant aux exanthèmes antipyriniques, Köbner fait remarquer que les personnes qui ont facilement des exanthèmes par suite de l'usage de l'antipyrine n'ont pas nécessairement de maladies de la peau.

Quant à l'emploi externe de l'antipyrine, un auteur a appliqué avec succès ce remède dans l'ulcère de jambe.

M. Blaschko n'a jamais vu d'exanthème produit par l'antipyrine chez les sujets atteints de dermatoses. L'antipyrine en injection hypodermique a la même action qu'administrée à l'intérieur; toutefois le dernier mode d'emploi est plus agréable. Il n'a jamais prescrit l'antipyrine à l'extérieur.

A. Doyon.

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE

SÉANCE DU 20 OCTOBRE 1890. — PRÉSIDENCE DU PROFESSEUR KAPOSI

Syphilis héréditaire tardive.

M. Schiff présente une fille de 12 ans atteinte de syphilis héréditaire tardive, avec syphilide ulcéro-serpigineuse du thorax. Dans la région inguinale gauche, gomme gangréneuse de l'étendue de la paume de la main. En outre, cicatrice sur le voile du palais, qui est le siège d'une ouverture fistuleuse et de nombreux cordons cicatriciels irréguliers. Le dos du nez est épaissi et enfoncé, la cloison n'est pas perforée. A gauche, kératite parenchymateuse profonde. Les lésions des dents décrites par Hutchinson manquent. Ouïe bonne. Les premiers symptômes ne seraient survenus qu'il y a deux ans. Le père est sain, à ce qu'on dit; la mère est robuste et bien portante. Trois frères et sœurs nés avant l'enfant actuel seraient morts de la diphtérie dans la première enfance. Une fille née avant celle présentée actuellement est atteinte d'un engorgement ganglionnaire cervical considérable. Une sœur née après la fille atteinte de syphilis est morte d'une inflammation pulmonaire; deux autres sœurs et frères de 8 et de 9 ans sont sains.

M. Kaposi. — Tous les spécialistes ne sont pas d'accord sur la syphilis héréditaire tardive. Kaposi croit, comme Virchow, que dans un très petit nombre des cas ce n'est que longtemps après la naissance que des signes évidents de syphilis héréditaire peuvent apparaître. Mais dans ces cas la syphilis existait déjà pendant la vie intra-utérine; elle se trouvait certainement au moment de la naissance dans des foyers morbides à l'intérieur et ce n'est que plus tard qu'elle produisait des éruptions reconnaissables extérieurement pour le médecin. Mais cet état est très rare parce qu'on sait que 80 à 90 p. 100 des syphilitiques héréditaires meurent, quoique bien traités, et n'arrivent pas à la puberté. Dans le plus grand nombre des cas, il s'agit, d'après l'orateur, de syphilis acquise dans la première enfance dont les premières manifestations passent inaperçues et ne sont pas trai-

tées. Le fait suivant de syphilis gommeuse montre avec quelle prudence on doit procéder pour l'interprétation de la syphilis héréditaire tardive. Un jeune homme de 19 ans, a, il y a quatre ans, eut un premier coït. Il n'aurait observé d'ulcère ni sur le pénis ni sur une autre partie du corps ; il affirme, ainsi que ses parents, n'avoir jamais eu auparavant d'accidents syphilitiques. Les gommes situées sur l'épaule droite ainsi que celles placées sur le côté gauche du front se seraient développées il y a dix-huit mois. Or ce sont là des formes régionaires parfaites, et par conséquent de la syphilis tardive. Sur la peau de la joue gauche, cicatrices d'ulcères guéris il y a peu de temps. Les parents sont sains. De deux sœurs et frères plus âgés, une sœur est morte à l'âge de 3 semaines, de cause inconnue. Des quatre sœurs ou frères plus jeunes, celle née un an après le malade a été traitée à la clinique pour la syphilis; ulcère infiltré qui détruisit les deux ailes du nez ainsi que la cloison. Dans ce cas, il serait très séduisant d'admettre une syphilis héréditaire tardive, et cependant il en est autrement. Les deux frères et sœurs nés après ces enfants atteints de syphilis n'étaient séparés l'un de l'autre que par dix-huit mois. Il n'y a jamais eu d'avortements, par conséquent il faut admettre que ces deux enfants ne sont pas atteints de syphilis congénitale, mais acquise. Les exemples de ce genre sont fréquents, même dans les familles aisées et intelligentes, mais plus fréquemment dans les classes pauvres, où dans un ménage beaucoup de personnes habitent ensemble.

M. Neumann. — Dans les pays où la syphilis règne d'une manière endémique, il y a pour la jeunesse des occasions nombreuses d'infection. Ces individus ne sont pas traités, puisque les premiers symptômes passent inaperçus, et sont vers la puberté atteints de récidives qui appartiennent à la période gommeuse de la syphilis. Chez les enfants héréditairement syphilitiques, les lésions de la première éruption syphilitique, qui se groupent de préférence autour de l'anus, laissent des cicatrices, qui plus tard, s'il survient des gommes sur une région quelconque du corps, peuvent servir comme point de repère pour l'infection précoce antérieure. Dans des cas très rares, la première éruption de la syphilis peut n'avoir lieu en réalité que bon nombre d'années après la naissance. D'après Neumann, l'existence de la syphilis héréditaire tardive, qu'il ne récuse nullement, se démontre surtout dans les cas où des enfants, nés sains de parents syphilitiques, restent sains dans les premiers mois de la vie et ne présentent qu'à l'époque de la puberté des symptômes de syphilis tertiaire ; à cet égard, les médecins de la famille peuvent donner plus de renseignements que les cliniciens.

M. v. Hebra partage l'opinion de Kaposi. Il a observé deux cas dans lesquels la contagion des enfants fut extra-utérine et dans lesquels les premiers accidents furent très bénins. Si dans les cas de ce genre des gommes surviennent plus tard et sont observées par un autre médecin, elles peuvent faire croire à une syphilis héréditaire. Hebra rapporte en outre un cas qu'il a observé il y a quelques semaines. Il s'agit d'un enfant de six mois, avec syphilis congénitale, mais chez lequel les accidents spécifiques étaient si bénins qu'on pouvait attendre avec certitude la guérison des lésions actuelles. Or, si après des années il survenait une syphi-

lide tertiaire, on s'explique facilement qu'on admette une syphilis héréditaire tardive, puisque l'individu lui-même ne sait rien de sa maladie dans la première enfance.

Syphilides gommeuses ulcérées en groupes.

M. Kaposi présente un homme atteint de syphilides gommeuses ulcérées en groupes. Ce cas est intéressant en ce que l'infection eut lieu en février 1890, le premier exanthème syphilitique en mars 1890; c'est donc très peu de temps après le début de la syphilis que survinrent les formes régionaires groupées et ulcéreuses. Il y a encore sur le pénis des traces de l'affection syphilitique primaire.

M. Schiff demande s'il ne s'agit pas ici d'un cas de réinfection.

M. Kaposi répond négativement.

M. Neumann a vu, en février 1890, un malade qui, avec onze injections de thymol mercuriel, fut débarrassé des accidents d'une syphilis récente. En octobre de la même année, il revint à la clinique avec du rupia. Chez un autre malade il a constaté une réinfection syphilitique et il a observé la présence simultanément de roséole et de gommes, coïncidence qui n'est pas rare chez les sujets affaiblis.

Variole syphilitique confluente des nouveau-nés.

M. Hochsinger montre les organes d'un enfant de six semaines, mort de syphilis congénitale, qui était atteint de variole syphilitique confluente et avait, en outre, une rate volumineuse, des tumeurs de cet organe et du foie, avec infiltration du poumon gauche. Nombreuses nodosités confluentes, blanc grisâtre, dans les deux poumons avec infiltration nodulaire du lobe inférieur du poumon gauche. Les ganglions bronchiques étaient engorgés avec dépôts gommeux. Le cœur présentait quatre nodosités du volume d'un grain de mil; gommes nombreuses de la rate; gommes miliaires dans le foie; dans l'intestin, syphilis annulaire.

M. Mracek confirme la justesse de ce diagnostic : ces lésions, selon lui, se développent déjà pendant la vie intra-utérine.

Dermatite herpétiforme.

M. v. Hebra présente deux cas de dermatite herpétiforme (Duhring) : l'un concerne un enfant de 6 ans, l'autre un adulte. Chez le premier, la maladie s'est développée dans l'espace de quatre semaines. Taches rouges au début dont les unes se sont transformées directement en bulles et dont les autres ont auparavant passé par une période papuleuse et ortiée. Chez le second, une femme de quarante-six ans, il existe de nombreuses plaques érythémateuses et des bulles sur le thorax et la nuque. Bulles sur les muqueuses linguale et buccale; quelques efflorescences bulleuses sur la conjonctive de la paupière inférieure du côté droit. Cette femme a eu treize accouchements; quatre enfants sont sourds et muets.

M. Kaposi pense que sous la dénomination de dermatite herpétiforme on

a réuni des cas de pemphigus, d'érythème multiforme, d'herpès iris, sans compter d'autres dermatoses, par exemple l'erythème toxique.

M. v. Hebra. — On sait suffisamment que les cas des pemphigus diffèrent les uns des autres. S'il ne nomme pas pemphigus les cas actuels, il le fait peut-être pour des raisons pratiques. On parle de pemphigus végétant, de pemphigus vulgaire,etc.Par là chacun a le sentiment qu'il parle de cas qui ont un point commun entre eux, à savoir la production de bulles; mais que quant à leur marche et à leur terminaison ils diffèrent entièrement les uns des autres. Aussi a-t-on cru nécessaire, conformément à nos connaissances, d'ajouter le nom de famille au mot pemphigus. Mais, d'après Hebra, il serait préférable, pour chaque forme de maladies bulleuses, de choisir des noms spéciaux : on réserverait alors le terme de pemphigus pour une seule variété et nous saurions ce que l'on veut dire quand il est question de cette affection. On a autrefois désigné les cas actuels sous le nom de pemphigus prurigineux circiné. Par là on marquait déjà la nécessité de séparer ces formes de pemphigus des autres variétés. Si l'on suit maintenant les descriptions de Duhring et de Brocq, on arrive à cette conclusion que ces auteurs ont pris au pemphigus un groupe de maladies bulleuses qui sont caractérisées par des particularités déterminées, qu'il est inutile de rappeler, particularités qui ne s'observent pas dans les autres cas de pemphigus et forment par conséquent un tableau morbide précis, une unité.

M. Neumann. — Lorsqu'on lui a présenté chez M. Besnier les premiers cas de dermatite herpétiforme, il s'est demandé s'il ne s'agissait pas de pemphigus prurigineux. Pour trancher cette question, il ne faut pas prendre des enfants chez lesquels le pemphigus a une marche favorable. Ce qu'on lui a montré à Paris comme dermatite herpétiforme correspond à la maladie que l'école de Vienne désigne sous le nom de pemphigus circiné. Ce n'est que si on lui démontrait que ces cas ont tous une marche bénigne, qu'il pourrait y voir une maladie spéciale.

M. von Hebra croit que précisément on trouvera des différences dans l'entité des maladies bulleuses, et alors la différenciation de chaque forme, d'après la marche et les phénomènes concomitants s'imposera davantage.

M. Kaposi. — Si l'on fait valoir contre la notion de pemphigus que des bulles, ou par exemple l'évolution fatale seule, ne suffisent pas à le caractériser, on ne tient pas compte que ce qui fait la caractéristique du processus, c'est le complexus des symptômes. Si l'on observe sur la peau les phénomènes morbides de la dermatite herpétiforme, on doit avouer qu'entre eux et les lésions correspondantes, bien décrites et bien dessinées, autrefois, il n'y a aucune différence. Il résulte d'une grande quantité d'observations et de bonnes descriptions que le même individu dans l'espace de quinze ans peut présenter toutes les variétés de pemphigus, par exemple, au cours d'un pemphigus vulgaire disséminé, éruptions abondantes d'érythème polymorphe (papul., ort., annul., etc.), des bulles du volume d'un œuf. Vers la fin de cette éruption, exclusivement des vésicules petites et très prurigineuses. Une autre fois encore, du pemphigus prurigineux en raison de pomphi d'urticaire grattés. Puis, de nouveau, disposition circinée et passage en pemphigus folliculaire ou fibrineux, c'est-à-dire toutes les variétés d'éry-

thème peuvent survenir. Justement parce qu'on ne peut rien savoir sur la cause des érythèmes, de l'herpès iris et circiné et des différentes formes de pemphigus ainsi que de l'impétigo herpétiforme, le mode d'évolution est pour nous décisif et il est nécessaire de maintenir leur caractère clinique propre, parce que celui-ci représente le seul caractère positif et constant que nous connaissions. Quant au malade adulte présenté par Hebra, Kaposi voudrait attirer l'attention principalement sur l'affection de la conjonctive. Il a observé, en collaboration avec Borysikiewicz, un cas qu'il avait diagnostiqué comme pemphigus fibrineux. Dans ce cas, il se produisit consécutivement une réunion graduelle de la conjonctive palpébrale avec la conjonctive du bulbe.

M. Lang voit dans l'indication de la dermatite herpétiforme un certain progrès.

Xanthome tubéreux généralisé.

M. v. Hebra présente un malade atteint, depuis cinq ans, d'un xanthome tubéreux généralisé. Ni ictère, ni diabète. L'affection est caractérisée par de nombreuses petites nodosités du volume d'un pois; il existe une autre forme qui se distingue par quelques rares nodosités aplaties. Selon Hebra, la guérison devrait se produire spontanément.

M. Kaposi fait remarquer la vascularisation très marquée des petites papules.

M. Neumann rappelle le cas qu'il a présenté à la Société, dans lequel les nodosités isolées disparurent au bout de cinq semaines.

Leucodermie syphilitique.

M. v. Hebra présente un cas de leucodermie syphilitique qui est remarquable par son étendue. La syphilide pigmentaire s'étend depuis les oreilles jusqu'au-dessous des omoplates, sur la nuque, les épaules, le thorax et le dos.

Variole et varicelle.

M. Hochsinger fait une communication sur l'identité de ces deux affections.

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1890. — PRÉSIDENCE DE M. KAPOSI.

Alopécie en airés généralisée.

M. Ehrmann présente un jeune homme atteint d'alopécie en aires généralisée qu'il traite par la faradisation. Il se sert dans ce but d'un grand électrode concave ; sur les points où il a été appliquée on constate la présence de nouveaux cheveux. L'affection existe depuis dix-huit mois. L'orateur a traité trois autres cas semblables.

M. Neumann rappelle le travail publié en 1873 par Waldenström (*Deut. med. Wochensch.*) sur le traitement par l'électricité de l'alopécie en aires. Waldenström place un pôle au niveau du ganglion supérieur du sympathique

cervical, l'autre sur les plaques chauves du cuir chevelu, et observe que déjà au bout de six semaines le poil commence à croître ; dans un autre cas, on obtenait le même résultat après deux mois. Toutefois il ne faut pas oublier que des plaques circonscrites d'alopécie en aires peuvent guérir spontanément. Il insiste sur ce fait que les formes circonscrites d'alopécie en aires guérissent spontanément, à l'aide de remèdes qui provoquent une hyperémie de la peau ; il en est de même de l'alopécie généralisée du cuir chevelu chez des sujets jeunes, quand il n'y a pas en même temps une atrichie généralisée. Dans l'alopécie en aires, les poils se régénèrent. Plus l'individu est âgé, plus les chances de guérison sont faibles ; si pour ces cas l'électricité se montre utile, on peut l'adopter : toutefois, de nouvelles expériences seraient nécessaires. Neumann cite aussi quelques cas dans lesquels les injections de pilocarpine n'ont pas donné de résultat.

M. Kaposi. — Les observateurs français ont cru remarquer que l'alopécie en aires est épidémique et même endémique dans les casernes et les écoles, ce qu'ils expliquent par la nature parasitaire de la maladie, ils admettent aussi une variété de nature nerveuse. Ici, elle est relativement plus rare et Kaposi est d'avis qu'il s'agit d'une affection trophique locale, ce que prouvent l'apparition subite des tonsures ainsi que la pousse, également subite, des poils. Il a eu, dans ces derniers temps, l'occasion d'observer dans la même famille plusieurs cas d'alopécie : d'abord un garçon, puis quelque temps après une fille ; cette dernière présenta même une forme généralisée. A la fin, une troisième personne fut atteinte. Malgré cela, Kaposi persista dans son opinion, exprimée dès le début, de la non-contagiosité de l'alopécie. Tous guérirent. L'alopécie en aires généralisée ne comporte pas un bon pronostic, comparativement à celle qui est partielle. Pour démontrer l'efficacité de la faradisation, il ne faut l'employer que localement.

Incubation de la syphilis.

M. Cehak cite deux cas dans lesquels après une durée moyenne d'incubation il n'existait pas de symptômes généraux. Un homme, en observation depuis quatre-vingt-sept jours, présentait une sclérose dans le sillon coronaire, mais jusqu'à présent ne présente pas de symptômes de syphilis. Le second cas concerne un garçon de dix-huit ans, quatorze semaines se sont écoulées depuis l'infection, sans qu'il soit survenu des symptômes généraux quelconques. En dehors de la sclérose de la lèvre et de l'engorgement des ganglions cervicaux, aucun autre symptôme de syphilis.

M. Zeissl cite un cas dans lequel la sclérose survint six semaines après l'infection et neuf mois plus tard les phénomènes secondaires.

M. Günz. — Selon cet auteur, le retard le plus long a été de cent soixante dix jours.

M. Neumann a vu il y a trois ans une jeune fille chez laquelle pendant six mois il n'est survenu aucun phénomène secondaire ; mais ceci arriva à la suite du traitement (soixante jours de mercure, trois semaines d'iodure). Or, dans les deux cas de Cehak on n'avait pas fait de traitement. Sur 8 000 cas observés dans sa clinique, Neumann se souvient de huit semblables ; mais toujours il y avait un engorgement des ganglions.

M. Ehrmann a observé dans la treizième semaine après l'infection un psoriasis palmaire comme unique symptôme de syphilis. C'est selon lui, la raison pour laquelle beaucoup de cas sont considérés comme de la syphilis héréditaire tardive : au début ils ne présentent pas de phénomènes distincts.

M. Grünfeld dit que parfois la roséole peut disparaître au bout de vingt-quatre heures.

M. Kaposi rappelle qu'il y a des scléroses après lesquelles il ne survient aucun phénomène. Il cite à ce propos l'observation d'un malade qui vingt ans auparavant avait eu une sclérose typique, observée par lui et Zeissl, et qu'il vit tous les trois jours ; ce malade, après la cicatrisation de l'ulcère, n'eut pendant plusieurs années aucun symptôme de syphilis. Un an plus tard il contracta des chancres qui se multiplièrent par auto-inoculation et dont l'un des derniers s'indura. Deux mois après syphilis générale. Quelques mois plus tard le malade se maria après avoir fait auparavant un traitement général ; quatre enfants sains naquirent de ce mariage.

Herpès tonsurant.

M. Neumann présente une fille en traitement pour une roséole annulaire. Il y a quelques jours elle contracta un herpès tonsurant qui présente actuellement sur le dos une pigmentation intense sous la forme et dans les points où existait il y a deux ans la roséole annulaire.

MM. Ehrmann et Kaposi font des communications analogues.

Érythème toxique.

M. Neumann présente un malade qui a été en traitement dans sa clinique pendant vingt et un jours dans le mois de mars avec le diagnostic d'érythème toxique, trois semaines plus tard il l'a montré à la Société de dermatologie avec le diagnostic de ruber acuminé ; chez ce malade il survenait ultérieurement des phénomènes qui, cliniquement et histologiquement, se confondent avec le pityriasis rubra pilaire que les Français ont les premiers décrit. En faveur de ce diagnostic il y a le volume et l'évolution éphémère des papules, qui sont ici plutôt punctiformes, recouvertes de lamelles minces, s'aplatissent de nouveau peu après leur apparition, en laissant une peau mince molle, non infiltrée, légèrement squameuse, caractères différents de ceux du lichen ruber. En outre papules sur la première phalange de la main, de la grosseur d'un grain de mil, s'aplatissant rapidement, se couvrant de squames. Les ongles aussi ont d'autres formes que dans le lichen ruber. Les papules ont disparu sous l'influence de pommades émollientes et de bains. La marche ne correspond donc nullement au lichen ruber, mais au pityriasis pilaire. La guérison n'est pas encore complète ; toutefois la peau est molle et élastique, à l'exception de la paume des mains et de la plante des pieds qui sont encore recouvertes de lamelles épidermiques.

Neumann distingue donc un lichen plan Wilson, il l'a décrit un peu après 1870 sous un autre nom et ce n'est que quelques années plus tard,

que Hebra et Kaposi lui ont donné la dénomination de lichen plan proposée par Wilson. En second lieu un lichen ruber acuminé, et en troisième lieu un pityriasis rubra pilaire qui n'a aucun rapport avec la maladie nommée en premier lieu. Ce cas étant le premier observé par l'école de Vienne, le diagnostic ne peut actuellement être posé que conformément à la description clinique que Besnier a donnée ; peut-être, dit Neumann, aurons-nous encore l'occasion de voir des cas semblables qui nous permettront de confirmer notre diagnostic.

M. Lang, qui n'a vu ce cas qu'une fois, ne le regarde pas comme un pityriasis rubra pilaire ; il ne serait pas étonné si avec le temps il ne survenait pas chez ce malade une autre affection ; il constate surtout une rétraction de la peau, comme dans la sclérodermie.

M. Kaposi remarque que la mollesse des papules observée primitivement chez ce malade ne correspond pas à l'aspect d'un lichen ruber. D'autre part la localisation des papules sur la face dorsale des phalanges, considérée comme typique du pityriasis pilaire, n'est pas un caractère distinctif. Pour ce cas la dénomination la plus appropriée serait kératose folliculaire et il l'a observée dans différents autres processus. La mollesse des papules, autrement dit l'aspect antérieur de l'affection, serait plus en faveur du pityriasis pilaire des auteurs que l'état actuel. Actuellement on a le tableau d'une dermatite diffuse généralisée avec parésie générale des capillaires et desquamation. La dermatite existe encore ; par contre, les traitements ont fait disparaître les squames. Par suite la peau est devenue lisse comme dans l'érythème toxique. Kaposi n'a jamais contesté l'existence du pityriasis pilaire, mais il n'a vu aucun cas qu'il pourrait regarder comme différent des processus connus. Il propose de ne faire pendant quinze jours ni traitement local ni traitement interne, mais seulement un traitement indifférent.

Syphilis tardive.

M. Cehak présente une fille de 20 ans atteinte de syphilis tardive. Les parents et les frères et sœurs sont sains. Il ne saurait donc être question de syphilis héréditaire. Il y a trois ans gommes sur les membres ; actuellement perforation du palais. Selon l'auteur, il s'agit d'une forme tardive acquise.

Lupus érythémateux.

M. Kaposi présente deux malades atteintes de lupus érythémateux à marche aiguë. La première, âgée de 27 ans, présenta il y a quatre ans une forme discoïde sur le nez et la joue gauche. L'affection s'est étendue successivement au voisinage des oreilles, sur le lobule du côté gauche, au menton, sur les sourcils. Efflorescence semblable sur le bord cubital et sur la face d'extension des mains et presque sur tous les doigts. La deuxième, âgée de 23 ans, a depuis plusieurs semaines sur les joues, le front et les oreilles une rougeur semblable à celle des engelures avec tuméfaction. Efflorescences typiques de lupus érythémateux aigu sur les oreilles, le cuir chevelu, le tronc et les mains.

Lymphosarcome.

M. Kaposi présente un homme de 33 ans atteint de l'affection suivante : les deux amygdales, le voile du palais, la luette sont rouges, tuméfiés. Sur l'amygdale droite, ulcération de la dimension d'une pièce de 50 centimes, atteignant le voile du palais, à surface lardacée et à bords déchiquetés. La portion droite du voile du palais est adhérente, confondue avec l'amygdale. Les bords de l'ulcère sont irréguliers. L'amygdale gauche est crevassée. La région derrière l'arc palatin est remplie des tumeurs bosselées, en partie ulcérées; derrière l'arc palatin gauche, ulcère s'étendant sur le voile du palais. De la paroi pharyngienne postérieure, en face de la base de la luette, part une tumeur rouge de la grosseur d'une noisette. Le long de la paroi postérieure du pharynx se trouvent de petites tumeurs semblables exulcérées. L'orateur croit qu'il s'agit dans ce cas d'un sarcome.

SÉANCE DU 26 NOVEMBRE 1890. — PRÉSIDENCE DU PROFESSEUR KAPOSI.

Sarcome multiple de la peau.

M. Kaposi présente un malade âgé de 30 ans, originaire de Naples. L'affection a commencé au mois de mars 1890 par de nombreuses nodosités sur le tronc et les membres, douloureuses au toucher et par les mouvements. Il a été traité par Campana; mais ni l'usage de la solution de Fowler, ni celui de préparations iodées et de bains sulfureux n'ont produit d'amélioration. Lorsque l'orateur vit ce malade pour la première fois, il présentait sur les régions indiquées des nodosités les unes arrondies de la grosseur d'un grain de plomb, les autres allongées dont quelques-unes atteignaient le volume d'une châtaigne. On pouvait jusqu'à un certain point plisser la couche supérieure du chorion, les nodosités étaient situées dans les couches profondes du derme et jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané; les nodosités étaient douloureuses, modérément dures et quelques-unes rouge et brun clair, en partie légèrement bleuâtres et sur quelques-unes il y avait une furfuration épidermique; sur plusieurs des plus grosses le centre était déprimé. Selon Kaposi, il s'agit de sarcomes multiples de la peau, ce que confirma l'examen microscopique. Sous l'influence d'injections hypodermiques d'arséniate de soude (0,01 centigr. par dose), la plus grande partie des tumeurs a disparu. On sait que Köbner a obtenu de bons résultats de l'emploi de l'arsenic dans des cas analogues.

Lupus.

M. v. Hebra, M. Neumann présentent plusieurs cas de lupus traités avec la lymphe de Koch.

M. Neumann insiste sur ce fait que la solution de Koch a certainement une action spécifique sur le tissu lupique; elle provoque en outre sur la peau des exanthèmes de même nature que l'érythème toxique et la réaction

du tissu lupeux est analogue à l'inflammation érysipélateuse ou phlegmoneuse.

M. von Hebra ne partage pas l'opinion de Neumann. L'érythème toxique qui est occasionné par le remède de Koch, s'observe dans des parties envahies ou non par le lupus et n'est nullement un érythème toxique. Si l'action sur le lupus était provoqué par l'érythème toxique, on devrait rencontrer ce dernier exclusivement sur les points lupeux ; il n'en est pas ainsi. L'orateur ne peut donc admettre qu'une action chimique : selon lui, il existe une affinité spéciale du remède de Koch pour le tissu tuberculeux qui déterminerait la réaction, modifierait l'état chimique du tissu lupique, autrement dit du tissu tuberculeux.

M. E. Kohn dit que dans deux transfusions avec du sang d'agneau il a vu survenir un érythème généralisé.

M. Neumann. — Ce qui survient localement lui fait l'impression de l'érysipèle.

M. Lang. — Selon lui, il faut séparer, dans l'inoculation de la kochine, deux groupes de symptômes : l'érythème toxique, qui est l'expression du remède de Koch sur l'ensemble de l'organisme, et la réaction locale, qui reste limitée aux parties tuberculeuses. Quant à la réaction locale, on peut la comparer à l'action de l'iodure de potassium sur les lépreux. Daniellsen l'emploie, ainsi qu'on le sait, comme agent de réaction dans la lèpre ; quand il croit un lépreux guéri, il lui donne à l'intérieur de l'iodure de potassium. S'il existe quelque part des foyers lépreux, ils réagissent sous l'influence de l'iode et deviennent visibles.

M. Kaposi rapporte ensuite les expériences qu'il a faites à Berlin.

Œdème dur chez les syphilitiques.

M. Mracek présente un cas d'œdème dur. On pensait autrefois que la syphilis dans sa période initiale, quelquefois pendant la période secondaire, peut provoquer cette affection; Finger a rapporté un cas où il a trouvé des microorganismes dans le tissu de l'œdème dur et fut obligé de le considérer comme la conséquence d'une infection mixte. On objecta alors qu'il n'est pas démontré que ce soient les microorganismes qui provoquent l'œdème dur chez les syphilitiques. Mracek est disposé à croire, d'après les observations cliniques, qu'une infection par les microorganismes partant des plaies syphilitiques et s'étendant aux vaisseaux lymphatiques environnants n'est pas inadmissible. Le malade qu'il présente est entré dans son service il y a un mois. Ce qu'il y a de remarquable dans ce cas, c'est que les énormes ganglions lymphatiques très durs de l'aine étaient serrés les uns contre les autres, comme les briques d'un mur, et on pouvait sentir entre les groupes des cordons de vaisseaux lymphatiques tuméfiés. Le prépuce, très long, tuméfié et induré, fut sectionné et examiné au microscope.

En outre, Mracek, pour faire des inoculations sur la gélatine, prit de la sérosité de l'œdème et un petit fragment de tissu. Le professeur Weichselbaum ne vit rien se produire sur la gélatine; et il fit des réserves.

Dans les préparations faites d'après la méthode de Weigert et colorées

avec le bleu de méthylène, on ne trouva pas de microorganisme, mais histologiquement on voyait de nombreux capillaires lymphatiques avec prolifération endothéliale et exsudats autour d'eux. En outre, nombreux globules blancs du sang dans le tissu.

Après que le malade eut fait vingt frictions, prescrites en raison de sa syphilis pharyngée en voie de prolifération, de l'engorgement ganglionnaire considérable on constatait les modifications suivantes dans les organes génitaux. La plaie résultant de la circoncision est presque cicatrisée. La teinte rouge bleuâtre de l'œdème dur du pénis et du scrotum a disparu ; ce dernier est beaucoup plus mou. On peut soulever la peau du scrotum en petits plis et sur le dos du pénis on sent en quelques points les cordons lymphatiques. Les ganglions inguinaux ne sont plus aussi serrés les uns contre les autres et on ne retrouve plus les cordons lymphatiques qui les réunissaient.

L'auteur n'est pas loin d'admettre dans ce cas que la syphilis a occasionné un engorgement considérable des ganglions et a déterminé l'infiltration dans laquelle se trouvent les vaisseaux à un si haut degré, ce qui explique la stase de la lymphe, la lymphangite capillaire et l'engorgement.

Et comme jusqu'à présent on n'a pas trouvé de microorganismes, c'est au processus syphilitique qu'il faut rapporter ces altérations.

M. Finger croit que c'est en effet un cas d'œdème dur. Mais déjà l'état macroscopique, l'absence de la coloration rouge brun caractéristique pour la période la plus prononcée de l'œdème dur et les bosselures de la surface, indiquent qu'il s'agit d'un cas déjà en voie de régression. D'autre part, les préparations microscopiques ne présentent pas un seul des éléments caractéristiques de l'œdème dur ; il n'y a ni l'hypertrophie des papilles, ni l'infiltration compacte à petites cellules, pénétrant jusque dans le tissu sous-cutané, ni l'exsudation fibrineuse entourant les vaisseaux sanguins si typique de l'œdème dur, et les mêmes vaisseaux sanguins ne présentent que des infiltrats en foyers exclusivement périvasculaires, çà et là aussi de petits foyers d'exsudat fibrineux. Mais cette exsudation fibrineuse, qui n'est pas provoquée par le processus syphilitique et qui manque dans les scléroses et les produits secondaires, indique à elle seule qu'un autre agent que le virus syphilitique a produit ces résultats. Mais le processus était déjà en régression au moment de l'examen, la partie sectionnée où l'on peut constater l'absence de toutes les altérations caractéristiques de l'œdème dur était d'ailleurs très mal choisie ; aussi on ne peut contester la possibilité de l'existence de cocci, qui sont morts dans le processus de régression et qui ont ainsi perdu leur virulence.

M. Mracek. — Ce cas ne peut être qu'un œdème dur. Au point de vue clinique, c'est incontestable, comme il est facile de le voir. Histologiquement, dit-on, cela n'est pas. Sur ce dernier point, autant qu'il est possible de le voir sur les préparations, il considère que l'œdème dur est démontré, parce que les vaisseaux lymphatiques sont altérés et parce qu'on peut voir qu'il y a eu diapédèse des cellules rondes dans le tissu. Si le degré des altérations n'est pas semblable à celui du cas de Finger, cela tient à ce que les coupes ont été faites plus loin de l'affection primaire.

Ulcérations et cicatrices non syphilitiques du voile du palais chez un sujet syphilitique.

M. Lang présente un malade âgé de 31 ans, qui a pris la syphilis il y a trois mois. On voit, sur toute la tête et sur la muqueuse buccale, de nombreuses papules. A l'œil gauche, iridocyclite. L'ensemble des phénomènes syphilitiques est en voie de rétrocession, grâce à un traitement par l'huile grise. Il montre ce malade parce que sur l'arc palatin gauche il y a une perte de substance de la dimension d'un haricot, de laquelle partent des cicatrices rayonnant vers la moitié gauche du voile du palais et vers l'arc palatin pharyngé gauche. La perte de substance et les cicatrices sont la suite d'une opération pratiquée il y a vingt ans sur ce malade. Ce fait montre qu'il n'y a pas que la syphilis pour produire des pertes de substance sur la voûte palatine et au palais.

SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1890. — PRÉSIDENCE DU PROFESSEUR KAPOSI.

Traitement de Koch.

MM. Neumann et Kaposi présentent le premier trois cas de lupus et deux cas de syphilis, le second dix-neuf cas de lupus, un cas de lèpre maculeuse, un épithéliome plat du front, un lupus érythémateux, quatre cas de syphilis ulcéreuse, tous ces malades traités avec la kochine. Les effets produits après chaque injection sont notés avec le plus grand soin (réaction générale et réaction locale), mais ils ne présentent pas de différence d'avec ceux déjà connus. Ainsi que l'a dit très justement le professeur Neumann, au cours de sa communication, on doit être provisoirement très réservé sur la valeur curative du traitement de Koch dans le lupus; il croit même qu'il serait préférable de renvoyer les publications à plusieurs mois, jusqu'à ce que cette question soit mûre. Ce sera non seulement dans l'intérêt de la science, mais aussi dans celui de l'inventeur.

SÉANCE DU 14 JANVIER 1891. — PRÉSIDENCE DU PROFESSEUR KAPOSI.

Syphilis héréditaire.

M. Hochsinger montre un enfant de 5 semaines atteint de syphilis héréditaire, lequel présente les symptômes d'une variole syphilitique confluente. Chez cet enfant il s'est développé depuis le 11 janvier, sans fièvre, dans le poumon gauche, une infiltration avec râles. Il est très probable qu'il s'agit d'une pneumonie syphilitique.

Lichen ruber acuminé.

M. Kaposi présente un homme de 21 ans qui serait malade depuis six semaines. Il est depuis douze jours en observation dans son service. Quand il l'a vu pour la première fois, la paume et la surface dorsale des mains étaient d'un rouge diffus, l'épiderme du dos des mains était épaissi et soulevé. Aux coudes et aux genoux la peau est rouge foncé, l'épiderme soulevé

par suffusion séreuse, mince, croûteux. Le front, les joues sont recouverts de petites squamules épidermiques, grisâtres très adhérentes; l'espace intersourcilier et la région sourcilière sont indemnes. Sur la nuque où les squames sont en partie tombées, la peau est d'un rouge diffus et fendillée et en quelques points on peut encore reconnaître distinctement le caractère papuleux originaire des efflorescences. Sur le tronc, où il y a deux jours on voyait des papules comme elles existent actuellement sur les bras et les jambes, il n'y a, à la place de ces papules, qu'une rougeur diffuse, limitée, analogue à un érythème toxique. L'épiderme est soulevé par une transsudation séreuse. Sur tout le corps, papules correspondant aux follicules ; elles se sont considérablement multipliées depuis huit jours. Elles sont tout particulièrement visibles sur les membres inférieurs. Elles ont le volume de la pointe d'une épingle à celui d'un grain de mil, une coloration rouge foncé et portent à leur sommet une petite squamule. Quelques-unes de ces papules présentent une légère dépression à leur centre. Kaposi veut soumettre ce processus, que l'on ne peut considérer ni comme lichen ruber acuminé ni comme pityriasis rubra pilaire, à un traitement indifférent et le présenter de nouveau à la Société. Il présente encore une femme et un homme atteints de lichen ruber plan généralisé : chez l'homme l'éruption est surtout remarquable par la rougeur diffuse et la tuméfaction.

M. Hebra. — Ces deux cas de lichen ruber plan seraient désignés par les Américains sous le nom de lichen ruber tout court. Quand ils parlent de lichen ruber plan, c'est toujours à la forme de Wilson qu'ils pensent. Hebra croit que les Américains ne connaissent pas ces formes de transition, parce qu'ils n'ont pas l'occasion de les observer.

Chancre mou de l'urèthre.

M. Grünfeld présente un cas de chancre mou de l'urèthre, lequel commençait à partir de l'orifice de l'urèthre ; il pouvait constater à l'intérieur, sur la muqueuse uréthrale, six ulcérations.

M. Schiff connaît le malade présenté par Grünfeld ; il a eu il y a six ans une syphilis grave ; les symptômes qu'il avait alors ont cédé aux injections de sublimé. Schiff vit à plusieurs reprises, dans le cours de la syphilis, des écoulements par l'urèthre sans blennorrhagie antérieure, et il s'agissait dans ces cas de papules de la muqueuse uréthrale. Schiff croit que, chez le malade de Grünfeld, ce sont des plaques comme on les observe souvent sur la muqueuse buccale.

M. Neumann. — L'inoculation résoudrait facilement la question.

M. Grünfeld peut confirmer l'observation de Schiff. Mais dans le cas actuel il s'agit d'un chancre mou. Dans une blennorrhagie aiguë, il trouva une fois chez un syphilitique un ulcère gommeux dans le canal.

M. Ehrmann a observé une gomme qui pénétrait jusque dans la fosse naviculaire et s'ouvrit au dehors.

Carcinome du pénis.

M. Neumann présente deux malades, l'un de 31 ans et l'autre de 39 ans, atteints de carninome du pénis.

Kyste de l'urèthre.

Il présente un homme de 33 ans qui, depuis l'âge de 10 ans, porte une tumeur à l'orifice de l'urèthre. Il y a dix ans, ce malade contracta une blennorrhagie. La tumeur offre actuellement le volume d'une noisette, avec un sillon dans le milieu. Sa surface est brillante, traversée de nombreux vaisseaux, transparents à la lumière oblique. Elle fait extérieurement une saillie de la grosseur d'un pois; en dedans, de chaque côté du sillon, elle paraît comme un petit pois et sa paroi est plus mince et plus pâle. Toute la tumeur est intimement liée au gland à l'orifice ainsi qu'en dedans à la muqueuse; elle ne semble pas s'étendre profondément dans le canal, et c'est par l'examen endoscopique qu'on pourrait le mieux s'en rendre compte. Toutefois il est à craindre que par cet examen on ne déchire la paroi du kyste.

Gommes syphilitiques précoces.

Le même auteur présente un homme de 26 ans qui en juin 1890 prit la syphilis ; d'août à octobre il a fait 40 frictions et actuellement il porte sur le cuir chevelu des gommes dont la plupart sont cicatrisées au centre et ulcérées à la périphérie. C'est à l'état cachectique du malade qu'il faut attribuer l'apparition très précoce de ces formes tardives.

Le 9 décembre une injection de 0,005 de lymphe de Koch a déterminé une élévation de la température jusqu'à 39°,5, mais pas de réaction locale.

SÉANCE DU 18 JANVIER 1891. — PRÉSIDENCE DU PROFESSEUR KAPOSI.

Sclérodermie chez un syphilitique.

M. Lang présente un cas de sclérodermie chez un malade âgé de 35 ans, atteint de sclérose initiale syphilitique et d'une syphilide papuleuse. Ce malade présentait le 13 janvier, au moment de son admission, au-dessus du sein droit, une sclérodermie dont le début remontait à deux ans. Le 15 janvier traitement général avec l'huile grise et une semaine plus tard on constatait une régression évidente de l'infiltrat sclérodermique et actuellement (28 janvier) ce ne sont que les parties atrophiées par la sclérodermie qui restent visibles et de l'infiltration marginale il reste à peine des traces.

Il serait sans doute séduisant de tenter une explication de ce phénomène; mais Lang y renonce et se contente de signaler le fait.

M. Kaposi. — Dans la période de sclérose la régression est possible sans intervention thérapeutique. On sait, d'après l'examen histologique, que les vaisseaux sanguins paraissent comprimés soit par des traînées parallèles compactes de fibres conjonctives sclérosées, soit par des amas de cellules lymphatiques qui entourent çà et là en forme de gaine les vaisseaux dont ils ont plusieurs fois la largeur. On peut très bien se figurer que ces infiltrats cellulaires puissent disparaître. Le traitement mercuriel peut favoriser cette résorption. Il ne serait pas impossible qu'avec la production de courants énergiques de résorption et la modification des cellules jeunes de tissu, modification amenant la résorption comme l'a fait dans

ce cas le mercure, les cellules d'infiltration de la sclérodermie fussent, elles aussi, résorbées.

M. Lang fait remarquer qu'on n'a pas appliqué d'emplâtre mercuriel ni d'autre préparation, de sorte que la régression rapide paraît digne d'attention.

M. Neumann. — Tant que la période de sclérose de la sclérodermie existe une amélioration est possible. Il faut recommander le massage.

M. Lostorfer a vu il y a quelques années un cas de sclérodermie combinée avec la syphilis. Bien qu'on ait été obligé de faire soixante frictions pour faire disparaître les phénomènes syphilitiques, la sclérodermie ne fut pas modifiée.

M. Neumann. — Le kyste qu'il a montré dans la séance du 4 janvier avait son point de départ dans une glande de la muqueuse uréthrale.

Infection syphilitique « in utero ».

M. Neumann présente une femme avec un chancre syphilitique de dimension exceptionnelle et qui a son siège sur la lèvre inférieure. Cette femme est enceinte de neuf mois. Cette femme ainsi que son mari, examiné par l'auteur, étaient sains au moment de la procréation de l'enfant. L'infection pourrait, dans ce cas, avoir lieu *in utero*, mais ceci est relativement rare, et les enfants, dont les parents au moment de la procréation de l'enfant malade sont sains, naissent en général indemnes de syphilis, quand la mère n'est infecté que pendant la grossesse.

Lichen ruber.

M. Kaposi présente une fille de 9 ans. La maladie de la peau aurait débuté en septembre 1890. Sur la face, le tronc et les membres la peau est d'un rouge uniforme sur toute sa surface et recouverte de papules à squames blanches, aplaties, de la grosseur d'un grain de mil, qui forment des lignes et des sillons correspondant à la direction des fissures de la peau et donnent par suite au tégument un aspect analogue à la peau de chagrin. Sur les bras, grandes squames lamelleuses. Cette éruption diffuse est limitée dans les régions du bassin et des reins par un liséré rouge vif aplati. Aux jambes et aux cuisses, sur la peau ainsi envahie, on voit des papules de la grosseur d'un grain de mil, très plates, polygonales, modérément dures, avec fines squames, soit disséminées, soit groupées en foyers.

On les trouve notamment en grand nombre sur la crête de l'anus et aux cuisses. La maladie diffuse procéderait de ces papules. Au niveau des genoux il existe cependant des plaques qui proviennent de ce que les papules se développaient du centre à la périphérie. Au centre, dépression des papules par résorption, tandis qu'à la périphérie on trouve des papules à facettes. Il s'agit ici, d'après l'orateur, d'un lichen ruber. Est-ce un lichen ruber plan ou un lichen ruber acuminé ? Le lichen ruber plan laisse une pigmentation sépia intense de la peau à la place des papules, ce qui n'est pas le cas ici. Mais, par contre, les papules ne sont ni saillantes, ni pointues comme dans le lichen ruber acuminé. Malgré cela, il s'agit, selon Kaposi,

d'un lichen ruber acuminé. Il rappelle ce qu'il a déjà souvent fait remarquer, c'est que l'on découvrira encore beaucoup de nuances relativement à l'intensité et à la nature des symptômes et au mode d'évolution de cette maladie et que ces recherches feront disparaître les différences qui existent actuellement entre ses opinions et celles des partisans d'une maladie spéciale, du pityriasis rubra pilaire. La marche ultérieure de ce cas sera d'ailleurs étudiée avec soin.

M. Neumann. — Il est certain que le lichen ruber de Hebra existe, il n'est pas douteux non plus qu'il y ait un lichen ruber plan. S'il se reporte au cas qu'il considérait de préférence comme un lichen ruber acuminé, il doit se dire que la marche ne correspond ni à celle qu'il a vue dans le lichen ruber acuminé, ni à celle du lichen ruber plan. Quand il n'emploie pas la graisse chez le malade, la peau se détache rapidement sous forme de squames. Dans un cas de ce genre, des parties déprimées existent avec l'atrophie du pigment (vitiligo). Il lui faut donc admettre qu'il y a une maladie qui ne serait ni le lichen ruber acuminé, ni le lichen ruber plan; le cas actuel est un lichen ruber acuminé avec infiltration légère.

M. Lang pense qu'il faut admettre un pityriasis rubra pilaire à côté du lichen ruber acuminé et du lichen ruber plan. Selon lui, il s'agit, dans ce cas, d'un lichen ruber acuminé. L'auteur rappelle que, lorsque Neumann a présenté son cas, il a déclaré que son évolution n'était pas terminé et il a fait remarquer que, en quelques points de la peau, la dermatonose déterminerait de l'atrophie.

M. Kaposi ne conteste pas l'existence du processus morbide que les Français appellent pityriasis pilaire, il le regarde seulement comme identique au lichen ruber acuminé. Ce qui les distingue serait la marche différente. Il lui semble qu'il y aurait des cas aigus et d'autres à évolution moins aiguë. C'est à une observation longtemps continuée qu'il appartient d'élucider ce point.

M. Neumann. — Les papules décrites par les Français sont éphémères, punctiformes, formées par l'épiderme.

A. Doyon.

ASSOCIATION NAPOLITAINE DE MÉDECINS ET DE NATURALISTES

SÉANCE DU 24 JUILLET 1890

Rhinosclérome du voile du palais.

M. Pedicini présente une jeune fille de 19 ans, née à Naples, qui est atteinte de douleurs pendant la déglutition et qui présente une lésion de la luette et d'une portion du voile du palais caractérisée par la présence de petites granulations atteignant au maximum le volume d'un grain de chènevis, parsemées de stries cicatricielles; il n'y a aucune réaction inflammatoire de voisinage; le tissu morbide est résistant, non douloureux et saigne

peu. Après avoir fait une série de diagnostics erronés, on se décida à faire des cultures sur gélatine et dans le bouillon, et on obtint sur les plaques des colonies en forme de petits godets constituées par des microbes ayant tous les caractères du bacille du rhinosclérome.

M. Massei. — Si l'on démontre d'une façon indiscutable qu'il s'agit bien ici d'un rhinosclérome, ce fait prouvera qu'il faut compter avec cette affection dans le diagnostic différentiel des affections de la gorge.

Le rhinosclérome est probablement moins rare qu'on ne le croit, car il est facile de le méconnaître. Il ne commence pas toujours par les chanes et peut envahir l'isthme du gosier et le larynx; mais il n'y a qu'un cas, celui de Paltauf, dans lequel il se soit limité au voile du palais et au larynx. Dans le cas actuel, le diagnostic clinique est impossible, parce que l'on n'a pas encore la notion du rhinosclérome limité au voile du palais et parce que l'aspect des parties rappelle ici complètement celui de la syphilis du pharynx. Les cordes vocales dans ce cas ne présentent pour ainsi dire pas de rigidité; elles sont peu épaissies, mais ne s'écartent pas convenablement dans l'inspiration; ces lésions laryngées ne peuvent être considérées comme consécutives au catarrhe nasal dont la malade était atteinte. Cette observation prouve donc que le rhinosclérome procède par sauts. La dénomination peu logique de rhinosclérome du voile du palais et du larynx qui conviendrait ici devrait être remplacée par celle de « sclérome infectieux de la muqueuse des premières voies respiratoires ».

M. Serio.—Dans un cas de rhinosclérome limité à la portion antérieure des fosses nasales observé récemment à l'hôpital des Incurables, on a porté d'abord le diagnostic de chondro-sarcome et on a enlevé la tumeur : ce n'est qu'ultérieurement que la nature de la maladie a été reconnue, en se basant sur ce fait que les lésions occupaient exclusivement la portion cartilagineuse du nez et respectaient sa portion osseuse.

M. Ducrey a porté le premier le diagnostic de rhinosclérome dans le cas de M. Pedicini : il s'est basé sur ce que, au moment où il a vu la malade, la lésion datait de plus de sept mois et se caractérisait exclusivement par une infiltration limitée à la luette et à un des piliers postérieurs du voile du palais, sans aucune ulcération ni sans trace d'ulcération antérieure : la luette était augmentée de volume, d'une coloration intermédiaire entre le rose et le jaune sale, à surface irrégulière, bosselée d'un certain nombre de petites saillies analogues à des grains de chènevis, dont l'ensemble rappelait l'aspect d'une mûre; il en était de même sur le pilier postérieur; un ou deux ganglions lymphatiques latéro-cervicaux étaient un peu augmentés de volume, ce que pouvait expliquer la constitution lymphatique de l'enfant. Il n'y avait ni sur les autres portions de la bouche ni sur la peau aucune lésion pouvant faire penser à la syphilis. Une lésion syphilitique durant depuis sept mois se serait d'ailleurs accompagnée d'ulcérations. De plus, le coryza chronique croûteux dont la malade était atteint pouvait être la première phase de lésions de rhinosclérome. Les cultures ont, au surplus, prouvé l'exactitude du diagnostic de rhinosclérome.

Georges Thibierge.

(*Giornale dell'Associazione Napoletana di medici e naturalisti*, 1891, p. 113.)

CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

DEUXIÈME SESSION TENUE A PARIS DU 27 JUILLET AU 2 AOUT 1891.

Parmi les communications faites à ce Congrès et rentrant dans le cadre spécial des *Annales*, nous citerons celles de MM. Leloir, *Recherches expérimentales sur l'inoculation des produits scrofulo-tuberculeux et en particulier du lupus vulgaire;* Leloir et Tavernier, *Recherches nouvelles sur l'action combinée du bacille de Koch et des agents de la suppuration dans l'évolution du lupus vulgaire;* Hallopeau et Jeanselme, *Recherches sur la nature d'un lupus érythémateux.*

Ces communications sont publiées *in extenso*, pp. 676 à 688.

M. Lespine (de Lille) a attiré l'attention sur les *complications suppuratives* avec état général grave qui s'observent parfois dans la marche du *lupus ulcéreux vulgaire*, complications qui paraissent dues à une infection secondaire ayant eu l'ulcération comme point de départ. Contre ces complications et pour les prévenir il faut faire intervenir un traitement local antiseptique.

M. le professeur Leloir a observé dans son service une malade intéressante pour l'histoire des *hybrides de la syphilis et de la tuberculose*. Il s'agissait d'une femme scrofulo-tuberculeuse ancienne, qui, ayant contracté la syphilis, présenta huit ans après des lésions du cou ayant l'aspect des syphilides tuberculo-croûteuses classiques. Cependant sous l'influence du traitement anti-syphilitique énergiquement continué une partie seulement des lésions guérirent; celles qui restaient avaient pris l'aspect du lupus myxomateux. Une inoculation faite sur le cobaye et positive confirma la nature tuberculeuse de ces lésions.

H. F.

REVUE DES PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Dermatite herpétiforme. ALLAN JAMIESON. Dermatitis herpetiformis : a clinical study (avec observations de dermatite herpétiforme chez l'enfant, « hydroa puerorum de Unna ») (*Edinb. med. Journ*, janvier 1891, p. 638). — Mémoire lu à la séance du 5 novembre 1890 de la Société médico-chirurgicale.

Dans son mémoire sur la dermatite herpétiforme, l'auteur accepte dans les grandes lignes la conception de Duhring et de Brocq. Les quatre principaux caractères de la maladie sont : 1° le polymorphisme de l'exanthème; 2° les paresthésies concomitantes ; 3° la tendance aux récidives dans l'évolution chronique ; 4° la conservation d'un état général relativement bon.

Chacun de ces caractères cardinaux est étudié, discuté et accompagné d'observations typiques. Nous n'insisterons que sur quelques points particulièrement intéressants. Et d'abord, contrairement à l'opinion généralement admise par la plupart des dermatologistes, formulée d'abord par Brocq, puis par Kaposi et plus tard par Duhring lui-même (après modification ultérieure de son opinion première), l'auteur range l'*impetigo herpetiformis* de Hebra et Kaposi dans la dermatite herpétiforme. L'argumentation très précise de Brocq, les caractères diagnostiques si nets par lesquels cet auteur a différencié ces deux affections (1), n'entraînent pas la conviction du savant dermatologiste écossais. Pour lui, de même que l'*herpes gestationis* ne serait que la dermatite herpétiforme commune chez une femme enceinte ; de même l'impetigo herpetiformis ne serait que la variété pustuleuse de la dermatite herpétiforme puisant dans la puerpéralité ses conditions de septicémie et de gravité. Il ajoute que Sherwell est arrivé à la même conclusion après avoir observé un cas d'impétigo herpétiforme.

Mais nous rappellerons à ce propos ce que nous avons dit à l'occasion de l'analyse du cas de Sherwell dans ce recueil (1), qu'il est difficile de reconnaître dans l'observation de l'auteur américain les caractères de l'impetigo herpetiformis, tels qu'ils ont été décrits par Hebra, Kaposi et Brocq.

L'auteur rapporte plus loin une série d'observations intéressantes. A l'occasion d'un cas observé chez un enfant de deux ans et demi, il dit que

(1) *Ann. de Derm.*, janvier 1888, p. 13.
(2) *Ann. de Derm.*, avril 1890, p. 334. (Voir BROCQ, *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.*, mars 1890, p. 107.)

vers cet âge l'éruption comporte fréquemment des éléments ortiés; le groupement des vésicules n'est pas aussi distinct que chez l'adulte; le prurit intense, au début de l'éruption, diminue sensiblement lorsque celle-ci est bien établie.

Voici, traduite *in extenso*, une observation que Jamieson range dans la dermatite herpétiforme et rapproche de l'« hydroa vacciniforme de Bazin ». — « M. D..., 3 ans, examiné le 7 septembre 1886. Bonne santé habituelle; existence aisée avec ses parents, dans une ville de province. Cet enfant a été atteint de ce que sa mère appelle des taches de chaleur depuis qu'il a commencé à faire ses dents; mais ce n'est qu'il y a deux mois, après s'être baigné dans une rivière, par une journée de forte chaleur, que l'éruption s'est constituée selon le type actuel. Celle-ci consiste d'abord en petites papules de la grosseur d'une tête d'épingle, entourées d'une aréole rouge. Peu à peu, l'aréole s'étend, et une vésicule plate et enchâssée apparaît sur la papule; dès lors l'élément éruptif ressemble à un bouton de petite vérole. Puis la vésicule se rompt, une croûte se forme au centre, laissant à la périphérie une collerette encore vésiculeuse. Lorsque la croûte se dessèche, il se forme autour d'elle des stries en rayons de roue, ce qui augmente encore la ressemblance avec des éléments de vaccine. Cette éruption est disséminée sur les bras, le tronc et les jambes. Prurit gênant, surtout la nuit. Traitement par un bain de son la nuit, suivi de l'application de la colle glycérinée de zinc et d'icthyol. Sirop de Fellow à l'intérieur. Trois semaines plus tard, nombre de vésicules avaient disparu, quelques-unes laissant de petites taches cicatricielles blanches distinctes; d'autres étaient nouvellement formées. En peu de temps, l'enfant fut complètement guéri, et, depuis, il ne s'est jamais produit de récidive. »

Voici une autre variété de dermatite herpétiforme dont l'auteur a déjà publié, en août 1888, les deux observations suivantes (nous verrons que ce sont là des cas de ce que M. Unna a désigné plus tard sous le nom d'*hydroa puerorum*) : 1° « R. F..., 18 ans, de constitution robuste, souffre de son affection cutanée depuis l'âge de 3 ans. Il est le seul de sa famille (parents et collatéraux) atteint de cette maladie. Chaque année, l'affection est survenue en février, et le malade restait sujet à de nouvelles poussées jusqu'en octobre. Pendant les trois mois d'hiver, l'éruption a toujours disparu. Avant l'éruption, il y avait du malaise général, la face et les mains s'enflaient, devenaient rouges et brûlantes, sans être le siège de prurit ou de douleurs. Alors apparaissaient des taches rouges érythémateuses à la surface desquelles se développaient des vésicules plates, de la dimension d'un pois ou d'une pièce de 50 centimes. A leur centre, ces vésicules devenaient rouge brunâtre, se séchaient, ne conservant de vésiculeux que leur périphérie disposée en collerette. Quelques-unes se rompaient; et il se produisait à leur niveau une croûte épaisse, friable, jaunâtre ou noirâtre (hémorrhagique). Leur évolution complète, jusqu'à l'entière cicatrisation, durait habituellement trois semaines. Puis survenait une rémission de durée variable, ou bien de nouveaux éléments éruptifs réapparaissaient. Tels furent les caractères d'ensemble des diverses poussées. Actuellement, les oreilles sont déformées, le rebord des pavillons est crénelé, couturé de cicatrices. La face, le cou, la région dorsale des mains sont couverts de

cicatrices consécutives aux éléments éruptifs, et sur les joues et le front existent des taches pigmentaires disséminées. Il existe aussi quelques cicatrices aux jambes ; elles proviennent de vésicules qui évoluèrent en ces points lorsque l'enfant portait des pantalons courts. Aujourd'hui, les poussées sont bien moins intenses. La dernière date de mai 1890 ; il ne parut alors que trois ou quatre vésicules. »

2° « Dans l'autre cas semblable, l'enfant, jouissant d'une excellente santé et ne présentant aucune hérédité pathologique, n'eut la première poussée qu'à l'âge de 13 ans ; les poussées successives reparurent avec la même périodicité que dans l'observation précédente. Les cicatrices étaient ici moins nettes, sauf aux oreilles. A 19 ans, les éruptions diminuèrent beaucoup d'intensité. »

L'auteur rapporte une observation analogue du docteur Murhead, intéressante au point de vue de la notion étiologique, et particulièrement en faveur de la théorie des leucomaïnes. Lorsque le malade était soumis à la diète végétale, l'éruption cessait ou diminuait. Dès qu'on reprenait la viande, l'éruption reparaissait à nouveau. Quand le docteur Jamieson eut observé ses deux cas, il fut frappé des rapports qui les unissaient au xeroderma pigmentosum : identité de sièges, localisation aux parties découvertes, pigmentation, cicatrices, début dès l'enfance, influence de l'été, des rayons solaires. Le docteur Jonathan Hutchinson (1), à l'occasion d'un cas semblable, fit les mêmes remarques et pensa même faire de ces observations une forme voisine de la xérodermie pigmentaire. Un nouvel exemple de cette affection fut publié par le docteur Handford (2). Puis Unna (3) décrivit cinq cas analogues et montra qu'ils constituaient un groupe spécial de dermatite herpétiforme, auquel il attacha le nom de « hydroa puerorum ». D'autre part, l'auteur rappelle que M. Hutchinson a décrit sous le nom de *summer prurigo* (prurigo d'été) un groupe de faits qu'il considère comme très voisins des observations précédentes. Dans ce groupe, l'éruption est parfois érythémateuse ou papuleuse ou pustuleuse ; elle débute dans la première enfance, affecte la face, le cou, le dos des mains et particulièrement les bras, mais elle peut se généraliser. Dans tous les cas cependant, les faces palmaires et plantaires et le côté de la flexion des articulations sont restées indemnes. Il y a beaucoup de prurit. Les poussées surviennent exclusivement pendant les mois de grande chaleur et laissent de petites cicatrices.

Pour Jamieson, ces cas de *summer prurigo* et les observations précédentes sont des variétés diverses d'un même type de dermatite herpétiforme. Ce type, constitué par Unna sous le nom d'*hydroa puerorum*, présente pour l'auteur écossais les caractères distinctifs suivants :

1° La maladie ne paraît exister que dans le sexe mâle ;

2° Hérédité parfois très nette (hérédité mâle), comme dans le cas de Unna, où trois frères furent atteints, les sœurs restant indemnes ;

3° Début précoce dans les premières années de la vie ; persistance et

(1) *Trans. Clin. Soc. of London*, 1889.
(2) *Illust. med. News*, 1889.
(3) *Monats. f. prac. Derm.*, août 1889. (Voir analyse : Doyon, *Ann. de Derm.*, 1889, p. 911.)

récidives pendant toute l'enfance; affaiblissement des poussées dans l'adolescence, et, en général, cessation à l'âge adulte;

4° Poussées en général de février ou mars, en octobre, avec paroxysmes aux moments des plus fortes chaleurs. Rappel de l'éruption sous l'influence des rayons solaires, cessation en hiver;

5° Éruptions érythémato-bulleuses ou érythémato-vésiculeuses, précédées de tension, de douleurs, de sensations de brûlure plutôt que de prurit;

6° Siège de l'éruption au cou, au dos des mains, à la face et surtout aux oreilles;

7° Chaque poussée est plus ou moins aiguë, accompagnée d'état général et suivie d'une rémission complète ou partielle;

8° Cicatrices et parfois pigmentations consécutives aux éléments éruptifs.

Ce tableau ne diffère de celui d'Unna que par la localisation plus nette aux parties découvertes exposées aux rayons solaires, caractère sur lequel l'auteur insiste avec J. Hutchinson.

Le docteur Jamieson termine son remarquable mémoire par quelques considérations sur l'étiologie, le diagnostic et le traitement. Sur 770 cas d'affections cutanées observées au Royal Infirmary du 1er janvier à novembre 1890, il s'est présenté 6 cas de dermatite herpétiforme : 2 chez des hommes (35 et 50 ans); 4 chez des enfants (une fille de 2 ans et deux garçons de 7 et 8 ans). L'auteur est partisan plutôt de la théorie des leucomaïnes (Gautier) que de la théorie trophoneurotique. Le diagnostic n'offre de réelle difficulté que dans certains cas d'éruptions ortiées et médicamenteuses. L'auteur insiste sur le traitement arsenical ; il a obtenu d'excellents effets par l'administration de pilules d'acide arsénieux (0,001 à 0,002, trois fois par jour). Il n'a pas encore eu l'occasion de traiter des malades par le *Thiol*, selon les indications de Schwimmer.

Louis Wickham.

Éruptions médicamenteuses. Antipyrine. — Veiel. Ein Seltener Fall von Blasenausschlag in Folge von Antipyrin (*Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1891, n° 1, p. 33).

Il s'agit d'un homme, âgé de trente-trois ans, d'une constitution robuste. Il y a six mois, ce malade très rhumatisant eut une vive céphalalgie pour laquelle son médecin lui prescrivit un remède. Bientôt après il survint un violent prurit de la paume des mains, des lèvres, de la plante des pieds et du gland. Œdème des lèvres avec formation de bulles de la grosseur d'un haricot; d'autres bulles se produisirent également entre les orteils et deux sur la voûte palatine ; à la plante des pieds et à la paume des mains apparurent des plaques ortiées, plus ou moins grandes, très rouges, lisses, chaudes au toucher, nettement limitées; ces plaques étaient très prurigineuses, mais elles ne se transformèrent pas en bulles.

Le prurit persista trois à quatre jours, les bulles des lèvres se desséchèrent en quatre à cinq jours, aux orteils au bout d'environ huit jours. Les plaques de la paume des mains, de la plante des pieds et du gland commencèrent à desquamer après environ dix jours et au bout de trois semaines elles avaient disparu. Le malade pendant les premiers jours se

sentait très souffrant, fiévreux et il resta encore longtemps faible et las.

En janvier 1890, quatre semaines après le premier accès, il fut atteint d'influenza avec violentes douleurs de tête. Il prit de l'antipyrine et les symptômes décrits ci-dessus reparurent exactement de la même manière.

Au milieu de février, de nouveau, forte céphalalgie : antipyrine et même éruption.

De même au milieu de mars.

Le 24 mai, arthrite rhumatismale du genou, compliquée dès le lendemain de violentes douleurs de tête. A une heure et demie de l'après-midi, 1 gramme d'antipyrine. Deux heures après, premier signe de l'exanthème, qui suivit la même marche que précédemment, en même temps la céphalalgie et les douleurs articulaires disparurent.

Le 8 juin, donc neuf jours après l'éruption, Veiel vit le malade qui se plaignait de nervosité et d'affaiblissement.

Les lèvres sont rugueuses et en voie de desquamation, rien d'anormal sur les muqueuses nasale et buccale. A la paume des mains et dans les espaces interdigitaux taches rouge pâle, nettement circonscrites de la dimension d'un pois à celle d'une pièce de deux francs; elles sont séparées de la peau voisine par un liséré très rouge. Mêmes plaques sur le gland et à la plante des pieds. Entre les orteils débris des enveloppes des bulles; le reste du corps est indemne.

On ne pouvait mettre en doute le diagnostic d'un exanthème dû à l'antipyrine et l'auteur proposa au malade de confirmer le diagnostic par l'expérimentation.

Le 4 juin, à huit heures du matin : 1 gramme d'antipyrine, à neuf heures, 50 centigrammes d'antipyrine. A neuf heures un quart, violent prurit et sensation de brûlure à l'anus sans exanthème; à neuf heures et demie, picotements au niveau des lèvres; à dix heures, sensation de brûlure aux mains et aux pieds; à onze heures, les lèvres sont très rouges et tuméfiées. La rougeur s'étend sur la peau à environ un centimètre du bord des lèvres.

Sur le palais, rougeur circonscrite de la dimension d'une pièce d'un franc.

Les mains sont brûlantes au toucher; les anciennes plaques, rouges, saillantes, infiltrées, sont le siège d'un vif prurit. De nouvelles taches rouges, ortiées, s'ajoutent aux anciennes à la paume et à la face dorsale des mains. Mêmes phénomènes sur le gland et à la plante des pieds. Sensation très vive de brûlure entre les orteils qui sont le siège d'une tuméfaction œdémateuse.

A cinq heures du soir : lèvres, paume des mains, pieds et pénis dans le même état; sur le front au-dessus du sourcil gauche, plaque arrondie, rouge, non saillante, de 2 centimètres de diamètre : au niveau de la région sous-mentonnière gauche, plaque érythémateuse de la dimension de la paume de la main.

Sept heures : face tuméfiée, rouge scarlatiniformee, lèvres encore plus tuméfiées, conjonctive injectée.

Température 39°,2 C.

Les autres symptômes ne sont pas modifiés. Le malade se sent très souffrant.

5 juin, huit heures du matin : température 37°,6 C.; état général meilleur.

La rougeur de la face a disparu ainsi que l'injection de la conjonctive. La plaque érythémateuse s'est étendue à toute la région sous-mentonnière. La tuméfaction des lèvres persiste.

Au palais, en arrière des incisives, deux bulles à gauche, trois à droite, de la grosseur d'un pois.

La chaleur des mains, des pieds, du pénis a diminué, les plaques sont dans le même état. Sur le dos, deux petites taches érythémateuses. Pas de fièvre le soir.

Les bulles de la cavité buccale disparurent entièrement au bout de six jours. La tuméfaction des lèvres céda après trois jours, desquamation lente. Les taches des mains, des pieds et du pénis ne disparurent qu'après trois semaines. L'état général s'améliora très rapidement.

Ce cas est surtout remarquable par la localisation constante de l'exanthème sur les lèvres, le palais, les mains, le pénis et les pieds et l'élévation simultanée de la température, constatée aussi à plusieurs reprises par d'autres observateurs. A. Doyon.

Éruption médicamenteuse. — G. Lo Re. Contributo all' urticaria prodotta dai sali di chinina (*Rivista clinica e terapeutica*, février 1891, p. 69).

Observation d'un homme de 50 ans, atteint depuis trois ans de fièvre intermittente qui, dans le cours d'une série d'accès de fièvre tierce, prit 1 gramme de sulfate de quinine et fut atteint, une heure après avoir absorbé la deuxième dose, d'un prurit généralisé violent suivi d'une éruption d'urticaire tubéreuse; il prit néanmoins la troisième et la quatrième dose et l'éruption devint plus intense, mais disparut le lendemain. Quinze jours après, à l'occasion d'une récidive de la fièvre, le malade prit 1 gramme de citrate de quinine et fut atteint d'une nouvelle éruption d'urticaire. Les mêmes phénomènes se reproduisirent une autre fois après l'absorption de 1 gramme de bisulfate de quinine un jour où le malade n'avait pas de fièvre. C'est donc bien la quinine et non l'acide auquel elle est unie qui est la cause de l'urticaire, mais la prédisposition individuelle joue un grand rôle dans son développement. Georges Thibierge.

Éruptions provoquées. Quinine. — Lycett Burd. Eczema caused by « Virginian creeper ». *The Lancet*, 3 janv. 1891, p. 17).

L'auteur rapporte une intéressante observation dont voici le résumé : Mrs W..., le 15 octobre, consulte pour un eczéma aigu. Inflammation des joues; éruption vésiculeuse avec suintement au menton et autour de l'ombilic; éruption papulo-vésiculeuse avec irritation considérable de la peau, chaleur et douleur à la face postérieure du cou, aux poignets, aux bras, à la poitrine, aux jambes, œdème très accentué des paupières. Pas de fièvre, peu de malaise général. Le traitement vient rapidement à bout

de cette éruption. Mais le 29 octobre survient brusquement une récidive de ces diverses altérations avec intensité plus grande encore. L'attention ayant été éveillée sur la possibilité d'une cause accidentelle, la malade se rappela avoir emballé une certaine quantité de feuilles de « virginian creeper » (Ampelopsis Hoggii), précisément avant chacune de ces deux poussées éruptives. Les renseignements rétrospectifs apprirent aussi que la malade avait déjà souffert en septembre d'une légère irritation de la peau après avoir touché ces mêmes feuilles. Or il fut remarqué que la gouvernante, qui avait aidé aux emballages, fut atteinte, elle aussi et à chaque fois, de lésions cutanées analogues. Il en fut de même pour le jardinier qui avait ramassé les feuilles. LOUIS WICHKAM.

Éruptions provoquées. — STUART PALM. Eczema caused by « Virginian creeper » (*The Lancet*, 17 janv. 1891, p. 142).

Il s'agit d'une observation identique à celle du Dr Burd. Mêmes lésions vésiculeuses, avec démangeaisons intenses, et gonflement de la face et des paupières, survenues chez une jeune femme après avoir récolté des feuilles de l'Ampelopsis Hoggii. Quelques jours plus tard, mêmes accidents chez un domestique de la maison, après avoir arrangé les feuilles sur la table. LOUIS WICKHAM.

Éruption provoquée. — ESPAGNE et SURDUN. Deux cas d'eczéma causés par l'action locale de l'huile de pétrole commerciale (*Gaz. hebdomad. des Sciences médicales de Montpellier*, 25 avril 1891, p. 193).

Observation de deux frères, débitants de pétrole tous deux, qui furent pris peu de temps après avoir commencé à exercer cette profession d'une éruption d'abord érythémateuse, puis vésiculeuse et pustuleuse avec suintement abondant ayant débuté par les régions qui étaient en contact avec le pétrole. Les auteurs n'ont pas retrouvé d'accidents semblables ou ont vu seulement des accidents peu intenses et passagers chez d'autres marchands de pétrole. Ils concluent à l'existence d'une idiosyncrasie familiale chez les sujets de leurs observations.

GEORGES THIBIERGE.

Érythème infantile. — A. FOURNIER. Vaccino-syphiloïde du jeune enfant (*Bulletin médical*, n° 8, p. 83, 1891).

Sous les noms d'herpès vacciniforme, d'éruption vaccino-syphiloïde M. le professeur Fournier décrit une affection dont il a observé seulement six cas; MM. E. Besnier et Hallopeau en ont rapporté chacun deux observations : le premier la dénommant intertrigo vacciniforme des nouveau-nés ou érythème papuleux vacciniforme, érythème vacciniforme syphiloïde, ou syphiloïde vacciniforme infantile (*Annales de dermat. et de syph.*, 2e série, p. 663, 1887, et *ibid.*, p. 443, 1889); M. Hallopeau en a déposé deux pièces au musée de Saint-Louis sous le nom de dermatite vacciniforme.

C'est une maladie particulière aux enfants âgés de trois à huit mois, une seule fois l'enfant avait vingt-trois mois; dans quelques cas elle a paru se manifester à la suite d'un trouble de la santé, notamment d'une diarrhée plus ou moins intense; dans d'autres cas, elle s'est montrée comme une affection protopathique sur des enfants bien portants.

L'éruption primitivement vésiculeuse a pour siège habituel les régions génitales, périgénitales, périanales et la face interne des cuisses; sur tous ces points elle paraît affecter une prédilection marquée pour tous les plis cutanés. Au début l'éruption est caractérisée essentiellement par une papulo-vésicule absolument semblableà un bouton de vaccine au sixième ou septième jour : c'est la même forme, la même dimension, la même coloration. Ces papulo-vésicules vacciniformes sont tantôt isolées, tantôt en bouquet, en groupe, et ces lésions en se développant finissent par se confondre et constituent une lésion unique à contour polycyclique. Cette forme initiale dure peu, s'altère et l'on arrive à la seconde phase de la maladie : la phase syphiloïde. Déjà ombiliquée légèrement à son centre, la papulo-vésicule se déprime, puis se rompt à ce niveau, la destruction de l'enveloppe vésiculaire se produisant, toute la surface de la lésion finit par être à découvert et apparaît sous forme d'une érosion qui, mal pansée, irritée, s'enflamme, bourgeonne, devient une véritable papule humide. La lésion observée à cette phase ressemble de tout point à une éruption de plaques muqueuses, de syphilides papulo-érosives. Le plus souvent l'affection reste purement locale, parfois cependant elle retentit sur les ganglions, mais jusqu'à présent M. Fournier n'a pas constaté de phénomènes généraux. Au point de vue de l'évolution de la maladie, il y a plusieurs poussées : on a d'abord une première poussée, puis au bout de quelques jours, quelquefois des semaines, des éléments éruptifs nouveaux de même ordre, affectant le même processus. La durée de l'affection est assez longue, surtout si la lésion n'est pas traitée, mais même traitée la papule de l'herpès vaccinoïde met au moins huit jours pour s'assécher et s'épidermiser. Quant à la nature de la maladie, il est plus facile de dire ce qu'elle n'est pas : ce n'est pas un herpès vulgaire, ce n'est ni un ecthyma, ni une folliculite pas plus que l'érythème lenticulaire de Sevestre (syphiloïde post-érosive de Jacquet); c'est une affection bien distincte de la syphilis, quoique l'on puisse la rencontrer sur des enfants hérédo-syphilitiques (E. Besnier), résultant d'une inoculation locale, d'un ensemencement au pourtour de l'anus et des régions génitales d'un microbe quelconque venu de l'intestin à la suite du flux diarrhéique qui coexiste souvent. Le traitement est purement local, en outre de la médication appropriée pour la diarrhée, il consiste en soins de propreté minutieuse, en lotions boriquées suivies de pansements secs avec la poudre de bismuth, d'oxyde de zinc, de salol, quelquefois d'iodoforme.

L. Perrin.

Lèpre. — Damaschino. Documents pour servir à l'étude anatomo-pathologique de la lèpre (*Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, mars 1891, p. 213).

Ces notes, retrouvées dans les papiers de Damaschino, comprennent

deux autopsies de lèpre mixte, fort détaillées, avec examen microscopique et bactériologique. Le point le plus important est relatif à l'étude des lésions pulmonaires. Dans une des observations, les poumons renfermaient des cavernes et des granulations grises et jaunes; à l'examen microscopique, ces granulations présentaient tous les caractères du tubercule; elles contenaient un grand nombre de bacilles courts, feutrés, se colorant en rouge violet foncé par la méthode de Ziehl et ayant tout l'aspect des bacilles lépreux rencontrés dans la peau, le foie et la rate, et, en outre, quelques bacilles isolés ou réunis par petits groupes, ayant la longueur et la minceur des bacilles tuberculeux; l'inoculation de fragments de tissu pulmonaire détermina chez des cobayes la mort par tuberculose, tandis que l'inoculation de la peau resta négative.

GEORGES THIBIERGE.

Lèpre. — LEGRAND. La lèpre en Nouvelle-Calédonie (*Archives de médecine navale et coloniale*, février 1891, p. 81).

L'histoire du développement de la lèpre en Nouvelle-Calédonie présente plus d'une obscurité : il est impossible de déterminer exactement à quelle époque les premiers cas de lèpre y ont été observés; le seul fait qui paraisse indiscutable est l'importation de la maladie à une époque postérieure à l'arrivée des Français dans l'île. Actuellement, la lèpre existe partout en Nouvelle-Calédonie, mais à des degrés très divers : on l'y observe aussi bien chez les Européens que chez les indigènes.

L'auteur se prononce nettement pour la contagion de la maladie et cite en particulier des exemples d'enfants restés sains parce qu'ils avaient été séparés de leurs parents lépreux. Il insiste sur la nécessité de l'isolement des malades : il suffirait pour y arriver d'accorder aux chefs indigènes une prime pour chaque lépreux qu'ils auraient déclaré et d'obliger les Européens qui emploient les indigènes à faire connaître ceux qui sont atteints de lèpre.

GEORGES THIBIERGE.

Blennorrhagie chez la femme. — Bumm. Ueber die Bedeutung der gonorrhoïschen Infection für die Entstehung schwerer Genitalaffectionen bei Frauen (*Wiener mediz. Presse*, 1891, n° 24, p. 964). — Communication au Congrès des gynécologistes allemands tenu à Bonn en mai 1891.

Selon Bumm, la blennorrhagie évolue chez les femmes comme une maladie superficielle de la muqueuse. Les cocci ne pénètrent dans l'épithélium que jusqu'au tissu conjonctif, mais non dans le tissu même. Les cocci peuvent, il est vrai, provoquer de la suppuration, mais ils meurent dans le tissu conjonctif et déterminent un processus septique. Ce processus est la conséquence d'une infection mixte avec les cocci du pus.

Les sièges principaux des gonocoques chez la femme sont l'urèthre et la cavité cervicale. La maladie du col ne produit au début que des malaises; mais dès qu'elle a pris un caractère chronique, elle peut persister des années sans se traduire par des accidents. Ils ne surviennent que dans les cas où l'infection gagne la cavité utérine, éventuellement aussi les trompes.

L'infection de la cavité de l'utérus est favorisée principalement par la menstruation. Des mouvements violents au moment des époques peuvent occasionner la régurgitation du courant sanguin et entraîner alors les gonocoques dans la cavité utérine. Il est encore d'autres conditions qui favorisent l'infection utérine : le coït, l'introduction des sondes, le traitement intra-utérin de l'état puerpéral.

Des circonstances analogues déterminent le passage des gonocoques de l'utérus dans les trompes. Bumm a pu suivre pendant longtemps 53 cas de blennorrhagie. Dans 75 p. 100 des cas, il y avait seulement du catarrhe du col ; dans 15 p. 100, la cavité utérine était aussi infectée, et dans deux cas seulement les trompes étaient malades. A. Doyon.

Contagiosité des écoulements uréthraux chroniques. — G.-E. Brewer. The contagiousness of chronic urethral discharges (*Journ. of cut. and gen.-urin. diseases*, 1891, n° 3, p. 1.)

Le seul vestige de la maladie peut être, dans certains cas, la présence dans l'urine de petits filaments, filaments blennorrhagiques des Allemands (*tripper faden*). Ils sont composés de mucus, de pus et d'épithélium, et représentent des sécrétions qui adhèrent aux plaques granuleuses de la membrane uréthrale chroniquement enflammée. Brewer rappelle les opinions contradictoires qui ont cours dans la science au sujet de la contagiosité de ces éléments. Il résume les préceptes de Finger, qui défend le mariage aux malades porteurs de la « goutte matinale » ou des « filaments blennorrhagiques » de l'urine, jusqu'à ce que les points ci-dessous soient bien établis, à savoir :

1° Qu'après trois ou quatre semaines d'observation journalière, les sécrétions uréthrales soient exemptes de pus et exclusivement composées de cellules épithéliales ;

2° Que le microscope ne relève plus de gonocoques, même quand on a provoqué un écoulement de pus par l'emploi d'injections irritantes de sublimé ou de nitrate d'argent ;

3° Qu'il n'existe ni prostatite, ni retrécissement.

Brewer avoue que ces précautions lui avaient paru exagérées jusqu'à l'observation suivante qui vint lui en démontrer la nécessité.

Un de ses clients va le trouver en octobre 1889 et lui confie que, devant se marier dans six semaines, il désire se soumettre à son examen. Six ans auparavant, il avait eu une chaudepisse sévère dont il était guéri complètement depuis trois ans, sauf de temps en temps une légère humidité (*a slight moisture*) du méat le matin. Pas de sécrétion uréthrale au moment de l'examen. Calibre uréthral normal, sauf existence d'un rétrécissement léger à 3 pouces du méat. L'endoscope permettrait de voir des plaques granuleuses et des aires de congestion, au voisinage du bulbe et derrière la stricture. L'examen de l'urine révéla un certain nombre de *filaments*. Ils étaient formés de cellules épithéliales de pus et renfermaient des colonies caractéristiques de gonocoques. Brewer avertit alors son client qu'il devait surseoir à son mariage jusqu'à disparition des gonocoques. Celui-ci, après quelque résistance, promit de se conformer à cet avis.

Le traitement de la stricture et de l'uréthrite chronique fut institué, et au bout de cinq semaines, les *filaments* avaient notablement diminué, mais *on trouvait encore parfois des gonocoques.*

Le malade déclara alors qu'il allait se marier et le fit malgré l'opposition de Brewer. *Deux semaines* plus tard, son client le mandait près de sa jeune femme atteinte d'une affection gonorrhéique grave (uréthrite et vulvite purulentes à gonocoques, puis cystite aiguë, gros abcès vulvo-vaginal et, plus tard, pyélite qui dura des mois).

Brewer déclare que dans ce cas il a par devers lui toutes les garanties possibles pour pouvoir affirmer qu'il s'agit bien d'une infection dans les conditions qu'il a indiquées et non d'une infection extra-conjugale.

Dans six autres cas où il a été consulté pour des circonstances analogues et où son conseil fut suivi (ajournement du mariage jusqu'à ce que des examens répétés des sécrétions, y compris les *filaments*, eussent démontré l'absence de gonocoques), il n'y eut pas la plus légère trace de contagion. L'auteur ajoute qu'il est surprenant de voir encore aujourd'hui traiter aussi légèrement la question du mariage des gonorrhéiques, alors que tant d'attention est donnée à la syphilis qui, plus rarement pourtant que la gonorrhée, est à incriminer au point de vue de l'infection conjugale. Il conclut que l'on devra désormais, dans les cas de ce genre, suivre scrupuleusement les règles tracées par Finger. L. Jacquet.

Thérapeutique. — A. Liantse. L'acide trichloroacétique dans le traitement de quelques affections vénériennes et cutanées (Acidum trichloroaceticum ири никоморыхъ венерирескихб и кожиыхъ страданіахъ). (*Meditsinskoé Obozrienié*, XXXV, 1891, n° 1, p. 66.)

L'auteur s'est servi avec succès de l'acide trichloroacétique dans l'uré-

thrite subaiguë et chronique et pour le traitement des papillomes, des verrues et des taches pigmentées.

Dans dix cas d'uréthrite, il essayait tout d'abord des injections intra-uréthrales avec une solution d'acide trichloroacétique à 0,1-2-3 : 100; mais ayant échoué complètement, il eut recours à des cautérisations avec une solution à 20 p. 100. Il introduit l'endoscope jusqu'à la partie affectée et, l'ayant préalablement nettoyée, il cautérise avec un tampon d'ouate imbibée de cette solution. Les résultats obtenus sont très encourageants : les douleurs sont peu prononcées et passagères, l'irritation est moins accusée qu'avec les autres caustiques.

Dans les cas de papillomes où les sujets repoussaient toute idée d'intervention opératoire, l'auteur s'est trouvé bien de l'emploi de l'acide trichloroacétique sous forme de cristaux : la croûte qui se forme immédiatement après la cautérisation se détache dans peu de temps sans phénomènes irritatifs aucuns et la plaie qu'elle laisse guérit très rapidement. De plus on peut localiser rigoureusement l'action caustique de l'acide trichloroacétique. Il a traité aussi avec succès un cas d'uréthrite papillomateuse de plus de trois ans de durée.

La cautérisation des verrues n'occasionne aucune douleur, ce qui est surtout important dans la pratique infantile.

Enfin d'excellents résultats ont été obtenus dans un cas de nævus vasculaire du nez, des taches pigmentées suites de papules syphilitiques, et dans un cas d'ulcère atonique des petites lèvres chez une prostituée.

ZAGUELMANN.

Chancre simple. — DU CASTEL. Le traitement du chancre simple (*Revue gén. de clin. et de thérap.*, n°s 16-17, 1891).

L'auteur, après avoir énuméré les divers traitements du chancre simple, décrit celui qu'il emploie avec succès depuis plusieurs années. Il touche la surface de l'ulcération avec un pinceau trempé dans une solution alcoolique d'acide phénique au dixième; l'attouchement peut être répété deux ou trois jours de suite; on panse ensuite avec la poudre de salol ou d'aristol, au besoin avec l'iodoforme ou une solution antiseptique.

La solution alcoolique d'acide phénique est, d'après l'observation de M. Du Castel, une médication très active et inoffensive; elle modifie très puisamment la marche de l'affection sans qu'on ait à redouter d'elle le moindre inconvénient pour les tissus sains avoisinants. L'attouchement lui-même n'est pas très douloureux, il semble que le malade profite quelque peu des propriétés anesthésiques de l'acide phénique. Le lendemain, le surlendemain du jour où on a touché un chancre simple avec la solution phéniquée, on voit celui-ci perdre son aspect tomateux, sa virulence, sa coloration gris au nâtre et prendre une teinte rosée; c'est une plaie de bonne nature qui marche vers la guérison, la cicatrisation se produit en quelques jours.

L. PERRIN.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Syphilis de l'appareil respiratoire. — LANCEREAUX. La syphilis des voies aériennes (*Semaine médicale*, n° 1, 1891).

Le larynx est le siège le plus ordinaire des localisations syphilitiques dans les voies aériennes; viennent ensuite la trachée, les grosses bronches et enfin les bronches de second et troisième ordre. Dans le larynx, la région supérieure et les cordes vocales sont fréquemment envahies; dans la trachée, ce sont les deux extrémités du tube aérien avec une fréquence particulière sur l'extrémité inférieure. L'auteur s'occupe spécialement des lésions tertiaires des voies aériennes; elles sont précoces ou tardives et présentent comme caractères d'être profondes, circonscrites, toujours suivies de cicatrices; elles se localisent non seulement à la membrane muqueuse ou au tissu conjonctif sous-jacent, mais encore au périchondre et aux anneaux cartilagineux. M. Lancereaux étudie au point de vue anatomo-pathologique ces lésions successivement dans ces diverses parties; il expose ensuite les désordres symptomatiques qui sont fonctionnels ou objectifs. L. PERRIN.

LANCEREAUX. Pneumonies et pleurites syphilitiques (*Union médicale*, nos 13 et 14, pp. 145 et 161, 1891).

La syphilis des poumons appartient surtout à la période tertiaire; elle se traduit par deux sortes de lésions : l'une, plus rare et diffuse, revêt la forme scléreuse; l'autre, plus commune et mieux circonscrite, se présente sous la forme gommeuse. L'adhérence des poumons aux parois costales est la règle dans les cas de syphilis pulmonaire. Cette pleurésie sèche rappelle les adhérences qui unissent le foie syphilitique au diaphragme. Au point de vue symptomatique, la sclérose syphilitique des poumons se traduit par un très petit nombre de signes, si elle n'est accompagnée de désordres bronchiques; les lésions gommeuses au début donnent aussi lieu à des phénomènes peu accentués, arrivées à la période de ramollissement, elles se révèlent par des signes cavitaires qui n'ont de particulier que leur circonscription et leur siège vers les parties inférieures ou moyennes des poumons. L. PERRIN.

Syphilis cérébrale. — JOFFROY et LÉTIENNE. Contribution à l'étude de la syphilis cérébrale : hémorrhagie cérébrale, artérite gommeuse et thrombose du tronc basilaire (*Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, mai 1891, p. 416).

Ce mémoire a pour base l'observation d'un homme de 39 ans, ne pré-

sentant d'autre tare qu'une syphilis remontant à sept ans (chancre du médius droit) et pour laquelle il avait été longtemps soigné par M. Fournier. Depuis un an, le malade avait eu à plusieurs reprises de la céphalalgie et des attaques d'aphasie avec hémiplégie droite, en même temps que ses facultés intellectuelles avaient notablement décliné. Il mourut à la suite d'une nouvelle attaque d'aphasie accompagnée d'un certain degré d'hémiplégie droite et d'un état de collapsus analogue à celui produit par les hémorrhagies internes.

A l'autopsie, on trouva dans les hémisphères trois foyers ocreux dont le plus volumineux occupait la partie antérieure de la couche optique gauche. Les artères de la base du cerveau présentaient par places des épaississements notables, principalement sur le trajet de l'artère sylvienne gauche et des deux cérébrales postérieures. Le tronc basilaire légèrement renflé présentait au niveau de la protubérance une zone blanc mat se prolongeant jusque sur l'artère cérébelleuse moyenne droite et était oblitéré par un caillot ancien de 15 millimètres de longueur ; la petite artère protubérantielle prenant naissance au niveau de ce caillot était complètement oblitérée ; la moitié gauche du pont de Varole était un peu affaissée et de consistance plus molle que la moitié droite.

Les valvules sigmoïdes de l'aorte portaient quelques petits points jaunâtres, l'aorte était parsemée çà et là d'îlots irréguliers, quelques-uns très durs et cassants.

A l'examen histologique, le tronc basilaire présentait, à 2 centimètres du point oblitéré, un léger épaississement de l'endartère irrégulièrement disséminé ; plus près du caillot, l'épaississement de l'endartère était encore plus considérable et la tunique moyenne réduite à une bande très mince ; au niveau du tronçon oblitéré, la tunique externe était épaissie, la tunique moyenne jaunâtre et granuleuse par places, l'endartère épaissie diminuait notablement la lumière du vaisseau, détaché en un point de la lame élastique interne ; cet épaississement de l'endartère était beaucoup plus marqué en certains points qu'en d'autres.

L'artère cérébelleuse oblitérée présentait des lésions analogues, un nodule cellulaire occupant l'origine de l'artère la couche moyenne et plus haut l'endartère dont l'épaisseur était considérablement augmentée.

Cet examen histologique vient à l'appui des idées de Heubner qui place dans l'endartère le siège primitif de l'artérite syphilitique. Il est probable que les hémorrhagies cérébrales dont on retrouvait les traces à l'autopsie reconnaissaient pour cause l'artérite syphilitique : d'ailleurs, ainsi que le font remarquer MM. Joffroy et Létienne, les anévrysmes miliaires qui sont la cause ordinaire des hémorrhagies cérébrales sont le plus souvent la conséquence d'une endartérite.

Georges Thibierge.

Syphilis médullaire. — Lancereaux. Des myélopathies syphilitiques (*Semaine médicale*, n° 19, 1891).

L'auteur rapporte trois cas de myélopathie par artérite médullaire syphilitique présentant les caractères particuliers suivants. Un an ou deux

après le début de la syphilis, apparaît brusquement une paralysie flasque, absolue, portant à la fois sur le mouvement et la sensibilité; elle s'accompagne de rétention d'urine, des matières fécales, d'eschares et souvent d'une cystite suppurée. Au bout d'un certain temps les muscles s'atrophient, ne répondent plus à l'action de l'électricité et à la flaccidité des membres succède une contracture plus ou moins forte; les réflexes patellaire et plantaire sont exagérés, il y a de l'épilepsie spinale. Ces phénomènes indiquent que la lésion médullaire est nécrosique ou hémorrhagique, d'abord circonscrits en un point de la moelle épinière, situé vers la région dorsale ou à la partie supérieure du renflement lombaire. Plus tard, la lésion s'étend et donne lieu à la sclérose descendante des cordons antéro-latéraux. Les accidents ne rétrocèdent pas plus que les désordres produits par le ramollissement cérébral; ils entraînent forcément une infirmité incurable, lorsque les malades ne sont pas emportés par les eschares et la suppuration vésicale. Le traitement spécifique reste sans résultat.

A côté de cette forme de myélopathie spécifique en tout semblable à l'artérite cérébrale de même origine, il en est deux autres non moins caractérisés : l'une se localise aux méninges, l'autre à la moelle épinière.

L'altération syphilitique des méninges spinales présente une grande ressemblance avec celles des méninges cérébrales. Comme ces dernières, elles ont pour siège tantôt la dure-mère, tantôt la pie-mère, le plus souvent ces deux membranes simultanément. Elles peuvent se montrer depuis un ou quinze mois jusqu'à dix ou quinze ans après le début du chancre. Quels que soient leur siège et l'époque de leur apparition, elles ont pour caractère commun de se limiter à un ou plusieurs points isolés des enveloppes médullaires et de ne jamais les envahir dans toute leur étendue. Les symptômes sont variables : ce sont des sensations douloureuses plus ou moins tenaces sur le trajet des nerfs qui émanent de la moelle épinière; des troubles de la motilité et la sensibilité qui sont peu accusés et ne modifient pas l'état des réflexes. Le traitement spécifique fait énergiquement débarrasse le malade.

La troisième forme de myélopathie syphilitique se localise à la moelle épinière. Les lésions sont comme toutes les manifestations tertiaires isolées ou groupées sur un ou plusieurs points, toujours circonscrites, jamais diffuses ou systématisées. Elles se montrent sous forme de plaques scléreuses disséminées ou de gommes et ont la plus complète ressemblance avec les affections syphilitiques de la substance encéphalique. Les symptômes apparaissent plusieurs années après l'accident primitif; ils consistent en des phénomènes de contracture plus ou moins accusés avec sensation d'engourdissement et de douleurs dans les membres. Leur marche est toujours progressive, leur durée variable, leur guérison possible dans un certain nombre de cas.

L. Perrin.

Syphilis du système nerveux. — Lancereaux. L'encéphalite syphilitique. (*Arch. gen. de médecine*, avril, p. 385; mai, p. 569, 1891).

La syphilis frappe surtout les vaisseaux et les méninges, mais elle peut

atteindre le tissu cérébral lui-même d'emblée. Il s'agit alors soit d'encéphalite scléreuse, soit et plus souvent d'encéphalite gommeuse.

Les gommes d'un volume variable sont uniques ou multiples; elles siègent habituellement dans les lobes antérieurs du cerveau, les couches optiques, le pont de Varole, les pédoncules cérébraux et cérébelleux. Elles peuvent se résorber ou subir la transformation kystique. Elles se distinguent des tubercules en ce qu'elles sont entourées d'une membrane fibroïde. Ces lésions tant par leur aspect que par leur évolution sont tout à fait distinctes de celles de la paralysie générale progressive.

Au point de vue symptomatique, l'encéphalite syphilitique entraîne surtout des contractures précédées ou accompagnées de céphalée, de troubles de la parole et de l'intelligence. L'évolution de la maladie est lente et susceptible de guérison complète; elle peut aussi, suivant sa localisation, entraîner la mort.

Le diagnostic sera basé sur les signes qui dépendent de la localisation et la marche des lésions. Le traitement est celui de la syphilis cérébrale.

L. Perrin.

Syphilis des organes génito-urinaires. — Blanc. Sur la rigidité syphilitique du col de l'utérus (*Lyon médical*, 29 mars, 1891, p. 440).

Parmi les causes de dystocie, on]reconnaît une rigidité spasmodique, anatomique et pathologique. Doléris a signalé plusieurs cas de rigidité syphilitique. M. Blanc en publie un nouvel exemple; dans ce cas, il s'agit d'une induration syphilitique provoquée par la localisation primitive sur le col.

La rigidité syphilitique peut être due au chancre qui laisse, après sa guérison, une induration profonde et persistante. Elle peut être due à la localisation sur le col de plaques papulo-érosives; il est possible que des accidents tertiaires puissent également la produire.

Pour expliquer la rareté de cette rigidité par rapport à la fréquence de la syphilis, on peut invoquer les raisons suivantes : il est nécessaire que la femme ait eu des accidents sur le col et que ces accidents aient eu une certaine dimension.

Pour remédier à cette cause de dystocie, il faut faire des incisions sur le col; elles doivent être portées d'emblée jusqu'à l'insertion du vagin. A ce moment, la tête est suffisamment fixée pour qu'on n'ait pas à redouter de déchirures plus grandes. Au contraire, de petites incisions nécessitent des déchirures et on ne sait pas dans quelle direction celles-ci se feront. Après l'accouchement, il vaut mieux pratiquer la suture du col pour éviter l'hémorrhagie et les accidents septicémiques. L. Perrin.

Traitement local des syphilides. — P. Thiéry. Essai de traitement des plaques muqueuses hypertrophiques par les applications de tanin (*Gazette médicale de Paris*, n° 9, p. 101, 1891).

L'auteur rapporte trois observations de malades atteints de plaques anales hypertrophiques accompagnées d'intertrigo qu'il a traitées avec un

plein succès par les applications de tanin. Au bout de quatre jours (deux applications par jour), l'érythème du sillon interfessier avait disparu, les plaques flétries étaient passées à l'état de papules squameuses; huit jours après, leur relief était inappréciable; enfin douze jours après le début du traitement il n'en existait aucune trace. Dans ces cas, l'action du traitement interne ne saurait être invoquée; il n'était pas suivi ou tout à fait insuffisant.

L'auteur n'attribue pas au tanin une action spécifique sur les syphilomes muqueux secondaires, d'autant plus que les quelques essais qu'il en a faits sur les plaques buccales sont beaucoup moins satisfaisants, sauf dans un cas où des plaques linguales disparurent rapidement. Il est très probable qu'il ne faut voir là qu'une action astringente et l'on pourrait essayer dans le même sens l'alun, la poudre de sabine et les autres styptiques et astringents.

L. Perrin.

F. Balzer. Contribution à l'étude du traitement local des syphilides; utilité du massage (*France médicale*, n° 2, p. 18, 1891).

M. Balzer fait remarquer que, pendant la période secondaire de la syphilis, le traitement spécifique reste sans action contre certaines éruptions, la syphilide papuleuse lenticulaire, la syphilide papuleuse miliaire, etc.; dans un cas de syphilide papuleuse, remarquable par sa pigmentation et rebelle à tout traitement, il a essayé le massage des éléments éruptifs.

Le massage a été commencé au mois de septembre; les séances duraient une demi-heure ou trois quarts d'heure tous les jours; elles consistaient en frictions profondes, étendues à tout le membre et de plus en pétrissages, malaxations de la peau préalablement saupoudré de talc au niveau de chaque élément éruptif. Au bout de quatre semaines, les syphilides s'étaient beaucoup décolorées dans tous les points aussi bien aux membres inférieurs qu'aux supérieurs. Certaines macules avaient complètement disparu; sur d'autres on voyait encore persister la rougeur.

Au bout de ces quatre semaines, le massage, ne produisant plus d'effets appréciables, fut cessé. La malade, qui n'avait pas cessé de prendre de l'iodure de potassium, fut remise aux pilules de tannate de mercure. Elle resta encore dans le service pendant les mois d'octobre et de novembre; l'amélioration obtenue se maintint sans s'accentuer beaucoup. Elle sortit le 2 décembre, conservant encore de la pigmentation et des macules rouges; mais le massage avait en trois semaines plus avancé la résolution des syphilides que ne l'avait fait jusque-là le mercure ou l'iodure de potassium administrés ensemble ou séparément.

L. Perrin.

NOUVELLES

Inauguration du buste de Hebra à Vienne.

Le 14 juin dernier, on a inauguré à Vienne le buste de Hebra. Ce buste, œuvre du sculpteur Tilgner, a été placé dans la cour des arcades de l'Université. Cette inauguration du buste du chef illustre de l'école dermatologique viennoise a eu lieu avec un grand éclat, en présence des membres de la famille de Hebra, du représentant du ministre de l'instruction publique, de nombreux professeurs, médecins et étudiants. Le *rector magnificus*, professeur v. Härtel, qui était accompagné du prorecteur et des doyens des quatre Facultés, a le premier pris la parole en rappelant que Hebra a courageusement travaillé à la constitution de l'Université, dont il a contribué à fonder la réputation et assurer l'influence dans tout le monde savant.

« Rappelé de nouveau par cette image, il continuera de vivre et son souvenir planera sur la jeunesse académique, ranimant et entretenant en elle le sentiment du grand et du noble. »

Le panégyrique de Hebra a été ensuite prononcé par le professeur Kaposi, qui, en termes éloquents et émus, a rappelé les travaux si féconds de son éminent prédécesseur. Nous ne les retracerons pas ici, ils sont connus de tous : le discours de Kaposi est un véritable monument de piété filiale.

Nous nous associons nous-mêmes, de grand cœur, à ces éloges ; la part que Hebra a prise aux progrès de la dermatologie est considérable, nul ne l'ignore; mais à côté de lui il faut placer aussi, non seulement ses élèves, qui ont continué avec un si grand succès son enseignement et propagé ses doctrines, mais encore tous ceux qui, dans d'autres pays, notamment en France, ont si largement contribué au développement de la dermatologie. Jamais ces progrès, cette marche en avant ne peuvent se dire l'œuvre d'un seul; ils sont toujours la résultante de recherches et d'études faites par les savants des divers pays. A. D.

American dermatological Association.

La session annuelle de l'Association dermatologique américaine aura lieu à Washington du 22 au 25 septembre 1891.

Parmi les communications annoncées, nous relevons celles de MM. :

H. G. Klotz. Dermatite hémostatique. — Hardaway. Lupus érythémateux avec complications mortelles. — Duhring. Érythème multiforme généralisé. — Shepherd. Cas rare de sarcome, occupant la peau du bras; amputation. — Sherw. Cas de sarcomatose améliorée par de larges doses d'arsenic. — Morison. Injections sous-cutanées de formamidate de mercure. — Grindon. Lichen scrofulosorum. — Duhring. L'hôpital des lépreux à San Remo. — Morison. Syphilis héréditaire tardive. — Morrow. Alopécie en aires. — Bulkley. Traitement de l'alopécie en aires. — Taylor. Morphée atrophique de Wilson. — Brouson. Traitement du prurit. — Denslow. Gale. — Corlett. Dermatoses s'accompagnant de troubles du système nerveux. — Duhring. Traitement de la teigne dans les écoles. — Zeisler. Avantages de l'épilation dans la pratique dermatologique. — Graham. Dermatite exfoliatrice aiguë. — Stelwagon et Reffingwell Hatch. Mycosis fongoïde. — Hartzell. Lymphangiome circonscrit. — Klotz. Remarques sur l'anthrax. — Allen. Erythème et nævus de la nuque. — Grindon. Lichen ruber. — Bulkley. Rôle du tempérament individuel en dermatologie. — Morrow. Nouvelle méthode de greffe de la peau. — Discussion sur la tuberculose de la peau, par MM. J. White, Bowen, Fox, Howe.

H. F.

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Typ. Chamerot et Renouard. 19, rue des Saints-Pères. — 27869.

TRAVAUX ORIGINAUX

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DES PARAPLÉGIES D'ORIGINE SYPHILITIQUE

par **Pierre Boulloche**

ancien interne du service de la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques à l'hôpital Saint-Louis.

L'existence d'affections médullaires imputables à la syphilis est connue depuis longtemps. Nous n'avons pas à faire ici l'historique de la question, mais nous devons rappeler que c'est aux travaux de Gros et de Lancereaux (1), de Zambaco (2), aux recherches de Mauriac (3) et de Rumpf (4), aux thèses si complètes de Ladreit de Lacharrière (5) et de Savard que l'on doit le plus de renseignements sur les myélites syphilitiques. Tout récemment enfin, MM. Gilbert et Lion ont publié une série de faits remarquables par la date précoce de leur apparition.

Notre travail est établi d'après 71 cas, inédits, que nous rapportons plus loin. Nous les devons presque tous à la très grande bienveillance de notre maître M. le professeur Fournier qui nous a autorisé à prendre connaissance des faits recueillis par lui tant dans son service que dans sa pratique extra-hospitalière et à les publier ici. Ce ne sont donc pas des observations *in extenso* que nous avons eu à analyser, mais une série de faits très brièvement résumés, où cependant les points les plus importants tels que l'existence d'une syphilis antérieure, son âge au moment de l'apparition des accidents, la nature et la marche de ceux-ci sont relevés d'une façon très précise : le diagnostic, en un mot, est établi avec une assez grande autorité pour qu'il soit possible de tirer parti de tous ces faits.

En effet, il reste encore bien des questions à trancher au sujet des myélites syphilitiques. Un point est dès aujourd'hui hors de doute, c'est que la syphilis porte son action sur la moelle : mais quelle est

(1) *Des affections nerveuses syphilitiques*, Paris, 1861.
(2) Zambaco, *Des affections nerveuses déterminées par la syphilis*, 1861.
(3) Mauriac, *Affections syphilitiques précoces* (*Ann. Dermat.*, 1879-80). — *Traité de la syphilis tertiaire*, Paris, 1890.
(4) Rumpf, *Die syphilitische Erkrankungen des Nervensystems*, Wiesbaden, 1887.
(5) Ladreit de Lacharrière, *Thèse de Paris*, 1861,

la fréquence, l'époque de ces déterminations médullaires, quelles sont les causes d'appel, y a-t-il des caractères anatomiques ou cliniques, qui permettent de les reconnaître, abstraction faite de toute notion d'étiologie, ce sont autant de questions auxquelles les faits que nous rapportons permettront peut-être de répondre. Nous ne nous occupons pas ici du tabes ni de ses relations avec la syphilis : c'est un sujet bien connu depuis les recherches de M. Fournier et sur lequel nous n'avons pas à revenir. Ici, nous ne devons tenir compte que des faits dans lesquels la syphilis porte principalement son action sur les parties antérieures de la moelle et qui ont été décrits (Mauriac) sous le nom de tabes antérieur. Là, le symptôme de beaucoup le plus commun est la *paraplégie*, si bien que, en clinique, les expressions de myélite et de paraplégie syphilitique sont synonymes, cette dernière même ayant l'avantage de ne préjuger en rien la nature des lésions.

Fréquence. — Eu égard aux autres manifestations nerveuses de la syphilis, la myélopathie est chose rare, puisque sur 1 085 cas de syphilis nerveuse, M. Fournier n'a recueilli que 77 cas de syphilis médullaire à côté de 416 cas de syphilis cérébro-spinale. Comme on le voit, la moelle épinière échappe beaucoup plus souvent que le cerveau aux atteintes de la syphilis.

Époque d'apparition. — A quel âge de la maladie la paraplégie va-t-elle se montrer? C'est une question étudiée déjà depuis longtemps et sur laquelle les auteurs ne sont pas d'accord.

Broadbent (1) pense que la syphilis médullaire est plus fréquente vers la cinquième année; Buzzard est du même avis. Pour Caizergues (2), elle débute de préférence de la deuxième à la troisième année. M. Mauriac fixe le maximum de fréquence entre la troisième et la quatrième année; il regarde même la précocité de l'invasion comme un des caractères spécifiques de la myélopathie.

De toutes les statistiques, la plus importante est à coup sûr celle de Savard (3). Il rapporte 74 cas qui se répartissent de la façon suivante :

26, entre six mois et un an; — 48, entre un an et 25 ans.

Le maximum de fréquence pourrait donc être fixé de la deuxième à la huitième année.

Leyden (4) constate que la période de temps qui s'écoule entre l'accident primitif et l'apparition des affections spinales peut être très étendue. Quelquefois même, elles sont contemporaines des accidents secondaires.

(1) Broadbent, *On syphilitic affections of the nervous system* (*Lancet*, 1874).
(2) Caizergues, *Des myélites syphilitiques*. Thèse de Montpellier, 1878.
(3) Savard, *Thèse de Paris*, 1881.
(4) Leyden, *les Maladies de la moelle*, traduct. française, p. 565.

Récemment, enfin, on a été frappé de la précocité extrême des accidents médullaires. M. Déjerine, en 1884 (1), publiait deux faits de myélite aiguë centrale, survenant l'une en un an, l'autre treize mois après le début de la syphilis. Breteau (2) rapporte plusieurs observations de syphilis médullaire apparaissant dans les deux premières années de l'infection.

A cet égard, le mémoire de MM. Gilbert et Lion (3) est des plus intéressants à consulter. Ces auteurs publient quarante-sept observations dans lesquelles les symptômes médullaires se sont montrés 16 fois du troisième au sixième mois, 7 fois du septième au douzième, 14 fois du treizième au vingtième. Voilà donc 37 cas dans lesquels la précocité de l'affection médullaire est évidente puisqu'on est convenu avec M. Fournier d'appeler précoces, pour la moelle comme pour le cerveau, les accidents qui apparaissent pendant les deux premières années.

Nous rapportons soixante et onze observations dans lesquelles la date exacte de l'infection a pu être relatée 70 fois ; tantôt les malades avaient été vus pendant la période initiale, tantôt ils accusaient les symptômes de début avec assez de précision pour que M. Fournier ait pu, dans ses notes, attribuer à ces syphilis qui ne se manifestaient devant lui que par des accidents nerveux une origine exacte et un âge certain. Nos observations se répartissent de la façon suivante. Les symptômes de paraplégie se sont montrés :

Pendant la première année, 8 fois ; — pendant la deuxième année, 18 fois ; — pendant la troisième année, 10 fois ; — pendant la quatrième année, 10 fois ;

De la cinquième à la dixième année, 17 fois ;

De la dixième à la vingt-cinquième année, 8 fois.

Par conséquent, 62 fois sur 100, la paraplégie a débuté pendant les quatre premières années qui ont suivi le chancre. Il est donc permis de dire que non seulement les myélites syphilitiques sont très souvent précoces, mais encore qu'elles sont presque toujours contemporaines des premières années de l'infection. La myélite tardive survenant très longtemps après le chancre, soit au milieu d'autres accidents tertiaires, soit après une longue période silencieuse, est, en somme, chose assez rare. Sur ce point, notre statistique est en désaccord avec celle de Savard qui avait trouvé :

26 cas coïncidant avec des accidents secondaires ; 9 avec des accidents de transition ; 35 avec des accidents tertiaires.

(1) Déjerine, *Deux cas de myélite aiguë centrale survenant chez les syphilitiques à une époque rapprochée du début de l'affection.*

(2) Breteau, *Thèse de Paris*, 1889.

(3) Gilbert et Lion, *De la myélite syphilitique précoce* (*A. G. médecine*, t. II, 1889).

Nous-même avons recueilli quelques observations (57, 66) dans lesquelles l'apparition des troubles nerveux a coïncidé avec une poussée de syphilides muqueuses, une iritis spécifique.

Il semble ainsi que la syphilis médullaire apparaisse plus tôt que la syphilis cérébrale. M. Fournier, en effet, a établi que, pour cette dernière, les 2/3 des cas se montraient de la troisième à la dixième année. C'est à peu près aux mêmes conclusions que Gaudichier était arrivé dans sa thèse (1).

Gravité de la syphilis. — La myélite appartient-elle aux syphilis graves ou bien se montre-t-elle dans les syphilis ordinairement moyennes ou bénignes? MM. Gilbert et Lion, sur 42 cas de syphilis médullaire précoce, en ont relevé seize dans lesquels l'infection s'était montrée sévère dès le début autant par la gravité des accidents cutanés ou muqueux que par leur apparition à un âge peu avancé de la diathèse. Au contraire les observations de M. Lancereaux (2), de M. Déjerine ont trait à des myélopathies éclatant au début de syphilis où il ne s'était manifesté jusque-là aucun symphôme d'une gravité exceptionnelle. Enfin, si l'on consulte la série des cas que nous avons pu relever, on verra qu'il est très rarement fait mention de la gravité des accidents antérieurs; la période secondaire s'est écoulée avec son cortège d'accidents de moyenne intensité, lorsqu'éclatent les symptômes de paraplégie. Et même, à ne tenir compte que de notre statistique, il serait permis de conclure qu'il en est de la moelle comme du cerveau, c'est-à-dire que les déterminations de la syphilis sur ces organes s'observent plus souvent dans les cas d'infection légère ou moyennement grave.

Quelle est l'influence du *traitement* sur le développement des myélopathies? Il est tout à fait paradoxal de prétendre, comme l'ont fait quelques auteurs, que les accidents médullaires seraient plus fréquents dans les syphilis traitées que dans celles qui ne le sont pas. La question est de savoir si le traitement prévient dans une certaine mesure l'apparition des paraplégies. Leyden, Savard, M. Mauriac et beaucoup d'autres auteurs pensent qu'il n'en est rien. Si nous interrogeons notre statistique, nous voyons qu'il y a 52 cas dans lesquels il est fait mention du traitement suivi avant l'éclosion des troubles médullaires; ils se répartissent ainsi :

Traitement nul, 10 cas; traitement insuffisant, 24 cas; traitement suffisant, 18 cas.

Donc, 18 fois seulement sur 52, le traitement a été rigoureusement institué dès le début et, chose curieuse, ces efforts de la thérapeutique n'ont pas mis le malade à l'abri des manifestations précoces de la diathèse puisque parmi ces dix-huit syphilis bien

(1) Gaudichier, *Syphilis cérébrale précoce.* Thèse de Paris, 1886.
(2) Lancereaux, *Semaine médicale*, 1891, p. 149.

soignées, il y en a eu dix (Obs. 15, 21, 29, 36, 37, 50, 52, 57, 58, 69) où la paraplégie s'est montrée dans les deux premières années de la maladie.

On voit donc que, sauf cette exception, les accidents médullaires paraissent éclater deux fois moins souvent chez les syphilitiques qui se sont bien soignés que chez ceux qui n'ont pas pris de mercure ou qui en ont pris d'une façon insuffisante ; dans cette dernière catégorie, nous rangeons tous les cas où le traitement n'a été continué que pendant quelques semaines au plus. Notre statistique ne s'appuie pas sur un nombre suffisant de faits, pour qu'il soit permis d'en conclure d'une façon certaine que le traitement a une affection préventive contre la paraplégie ; elle nous montre seulement combien sous ce rapport il y a de ressemblance entre la myélite diffuse, non systématisée, ou limitée aux parties antérieures que nous étudions ici, et le tabes. En effet, M. Fournier soutient que l'ataxie syphilitique se montre surtout à la suite de syphilis qui n'ont pas été suffisamment traitées à leur début. Sur 79 cas de tabes syphilitique, il en a relevé 73 où le traitement n'avait pas duré un an, et 6 même où il n'avait pas dépassé quatre mois.

Symptômes. — Les myélites syphilitiques échappent à toute description d'ensemble ; elles ne possèdent aucun caractère propre, aucun signe, excepté la notion de causalité, qui permette de les distinguer. Elles sont de deux sortes, les unes *aiguës*, s'établissant brusquement, en quelques jours, avec un cortège de troubles de la sensibilité et surtout de la motilité, généralement assez accentués ; les autres, *chroniques*, insidieuses, apparaissant petit à petit. Quel que soit leur mode d'apparition, un fait, comme nous le disions plus haut, domine toute leur histoire : c'est la paraplégie qui, à des degrés divers, n'a pas fait défaut, sauf une seule fois, dans tous les cas que nous rapportons.

La myélite aiguë, quoique plus rare que la myélite chronique, est cependant plus fréquente que l'on ne l'admet généralement. MM. Déjerine, Lancereaux en ont rapporté des exemples ; M. Mauriac en cite plusieurs cas. Le plus souvent, elle survient sans cause appréciable ; d'autres fois, on a incriminé le surmenage, une course à cheval excessive, le refroidissement (M. Déjerine et 3 de nos observations). Les troubles moteurs et sensitifs s'installent presque simultanément : le malade se plaint de douleurs dans les jambes plus ou moins vives, d'élancements, de constriction thoracique ; il ne peut plus se tenir debout ; les troubles sphinctériens et trophiques sont la règle. En somme, on retrouve ici le tableau ordinaire de la myélite aiguë ou subaiguë sur lequel nous n'avons pas à revenir.

Il y a cependant quelques points intéressants à noter. D'abord, ces formes aiguës sont très souvent précoces : il est rare qu'elles sur-

viennent au delà des trois premières années qui suivent l'infection ; quelquefois même (Gilbert et Lion) on les observe pendant les premiers mois de la maladie. Leur pronostic est d'ordinaire très sombre ; les myélites syphilitiques suivies de mort (Lancereaux, Déjerine) étaient des myélites aiguës ou subaiguës, ayant évolué en quelques semaines. Parmi les 71 observations que nous rapportons, il y a cinq cas de mort (Obs. 47, 52, 66, 67 et 71), trois à la suite de paraplégie, ayant débuté brusquement et évolué avec une assez grande rapidité (six semaines, deux mois, huit mois). La mort est due tantôt à une extension des lésions vers les parties supérieures de la moelle, tantôt au marasme ou à l'infection déterminée par les eschares. Ce n'est pas à dire cependant que des myélopathies subaiguës ne puissent guérir ; quelquefois, nous en rapportons des exemples, la guérison est absolue ; mais le plus souvent il y a seulement amélioration plus ou moins considérable et la myélite devient chronique.

Cette dernière variété est beaucoup plus fréquente. Nous en rapportons 47 observations. On peut même dire qu'elle est la forme ordinaire des myélopathies syphilitiques. Le début est insidieux, très lent, marqué par des douleurs sourdes dans les jambes, quelquefois d'un côté seulement, puis par une sensation de faiblesse progressivement croissante. Le malade éprouve de la peine pour marcher ; tantôt cette difficulté est absolue, tantôt au contraire ce n'est qu'une simple diminution de la force musculaire, de la fatigue après une course minime; une station debout prolongée est impossible.

C'est là le début le plus habituel. D'autres fois (Obs. 9) la paralysie des jambes a été précédée d'une double hémiplégie; elle a coïncidé avec deux ictus apoplectiques (Obs. 46), elle débute d'abord par une jambe (Obs. 29 et 48), elle s'accompagne d'une parésie du membre supérieur gauche (Obs. 16), d'une parésie de la sixième paire nerveuse (Obs. 40). Ces quelques faits montrent que si la localisation dorso-lombaire est la plus ordinaire, il peut y avoir en même temps d'autres déterminations de la syphilis, soit sur le cerveau, soit sur les autres parties de la moelle. Nous avons enfin relevé deux cas et M. Mauriac en a signalé d'autres dans lesquels il y avait (Obs. 25 et 68) une participation des cordons postérieurs se traduisant par un certain degré d'incoordination motrice et par des douleurs fulgurantes. Cette association des phénomènes tabétiques et des phénomènes paraplégiques n'est pas chose absolument rare. M. Fournier a décrit des cas analogues où les symptômes de paraplégie disparaissaient au bout d'un certain temps pour faire place aux signes du tabes ; on trouvera dans nos observations deux faits analogues de paraplégie pré-ataxique.

Les troubles sphinctériens tiennent une très grande place dans la symptomatologie des paraplégies. Il est même facile de voir, en

parcourant la série des cas que nous rapportons, qu'ils y ont très rarement fait défaut. La constipation est très fréquente. Du côté de la vessie, il y a d'abord des phénomènes de rétention qui font bientôt place à des signes d'incontinence, tantôt absolue, tantôt relative, c'est-à-dire que le malade a des besoins fréquents et impérieux d'uriner, que la miction, au lit, se fait involontairement, etc. Ces désordres vésicaux ont encore ceci de remarquable, et c'est un point sur lequel on n'a peut-être pas encore assez insisté, qu'ils survivent aux troubles moteurs plus ou moins accentués qu'ils accompagnaient. Ainsi, dans seize cas, les symptômes de paraplégie ont disparu, le sujet a recouvré l'usage presque intégral de ses jambes, il serait réputé guéri, s'il ne demeurait toujours comme reliquat de sa myélopathie, soit de la paresse vésicale, soit plutôt un certain degré de rétention. Du côté de l'anus, les troubles sphinctériens n'ont pas la même persistance.

La myélite chronique diffuse est très rarement mortelle, mais la guérison complète est rare; nous ne la trouvons notée que dans neuf de nos observations; tantôt il reste de la faiblesse dans les jambes, une gêne pour la marche et la station verticale prolongée; tantôt, surtout si la paraplégie a été plus intense, il persiste, du fait de la myélite, un certain degré de contracture. Le malade peut se dresser, se tenir debout, mais sa démarche est particulière, le tronc est à chaque pas rejeté en arrière et dès que le membre inférieur pose à terre, il est aussitôt animé de tremblement. Ajoutons qu'alors les réflexes tendineux sont exagérés; la trémulation épileptoïde existe. Quelquefois on peut provoquer le phénomène du pied. En somme, on retrouve là tous les traits de la paraplégie spasmodique. Ce diagnostic a été porté dans nombre de nos observations, une quinzaine environ. On voit donc que la démarche spasmodique (Charcot) ou la paralysie spasmodique est un des modes de terminaison fréquents de la myélite syphilitique. Parfois, cette démarche caractéristique est réduite à son minimum; le malade marche très bien et longtemps, mais les jambes sont un peu raides, écartées, et il y a de l'exagération des réflexes rotuliens, autant de signes qui indiquent une altération persistante de la moelle. Au contraire, lorsque cette contracture est précoce, quand les premiers symptômes de la maladie se traduisent par de la raideur des jambes et de l'exagération des réflexes, il peut arriver que le traitement aboutisse après un certain temps à une disparition absolue des phénomènes d'épilepsie spinale. Nous rapportons des faits analogues. M. Mauriac en cite un qui est tout à fait typique et qui se résume ainsi : myélopathie 20 mois après le chancre, raideur désordonnée plutôt que paralysie véritable des extrémités inférieures donnant lieu à une fausse ataxie. Exagération des réflexes. Processus lent. Guérison après trois mois de traitement spécifique.

Les symptômes des myélopathies sont des plus variables; il en est de même de LEURS LÉSIONS. On a trouvé des altérations syphilitiques du rachis, des gommes des méninges ou de la moelle. Dans tous ces cas, le caractère spécifique des lésions est évident. Mais on peut dire que les faits de ce genre sont exceptionnels. Le plus souvent, quand la mort survient, elle succède, nous l'avons vu, à des myélites aiguës ou subaiguës dont la caractéristique est la diffusion des lésions. On trouve alors un ramollissement de la moelle accompagné d'une sclérose plus ou moins accentuée. Sous ce rapport, les observations de M. Déjerine où on trouve une injection considérable de la substance grise et des cordons latéraux, de la névrite radiculaire antérieure, une dégénérescence cellulaire sont vraiment typiques. Les communications de MM. Charcot et Gombaut (1), d'Homolle (2), celles de Savard, ont trait à des faits analogues. Dans une des paraplégies dont nous rapportons l'histoire, l'autopsie faite par M. Hayem (Obs. 66) a démontré l'existence d'une myélite diffuse avec sclérose des deux substances, atrophie pigmentaire des cellules, exsudat colloïde disséminé partout mais siégeant de préférence autour des vaisseaux. Dans un autre fait (Obs. 71), MM. Balzer et Barthélemy ont trouvé un foyer de myélite au niveau de la région dorso-lombaire, la présence en ce point d'un magma formé de corps granuleux de masses plus ou moins volumineuses, le tout réuni par une substance homogène très difficilement colorable; en même temps sclérose des cordons antéro-latéraux et pigmentation des cellules des cornes antérieures. Ils font remarquer les altérations des vaisseaux, l'irrégularité de leurs parois qui sont épaissies, inégales, végétantes à leur surface interne.

Les altérations des vaisseaux trouvées dans ce cas sont d'autant plus intéressantes qu'elles donneraient à la lésion un caractère de spécificité qui fait défaut dans les autres observations. C'est un point sur lequel M. Lancereaux vient d'insister tout récemment d'une façon particulière. Il rapporte l'histoire d'un individu qui après six mois d'une syphilis bien traitée fut pris brusquement de rétention d'urine avec constipation, d'atrophie et d'épilepsie spinale; il attribue le tout à un ramollissement de la moelle qu'il explique par une thrombrose due à de l'artérite de la spinale antérieure. Il révoque en doute l'existence des myélites aiguës d'origine syphilitique admise et démontrée par Déjerine et pense que dans ces cas et dans les cas analogues il s'agissait d'un ramollissement consécutif à une thrombrose. La moelle alors se comporterait vis-à-vis de la syphilis comme le cerveau : il y aurait d'abord artérite — le virus syphilitique commençant par déterminer des lésions vasculaires — puis ramollissement.

(1) CHARCOT et GOMBAUT, *Arch. Phys.*, 1873.
(2) HOMOLLE, *Bull. Soc. Anat.*, 1875.

On trouve aussi des myélopathies scléreuses : elles peuvent être consécutives à une gomme ou s'observer à la suite d'inflammation de la moelle ou de lésion vasculaire. A cet égard, il existe de Leyden une observation tout à fait concluante : en un point très circonscrit de la moelle il y avait une artérite oblitérante qui avait été suivie d'une sclérose secondaire exclusivement limitée en cet endroit.

En somme, ramollissement de la moelle avec infiltration due soit à une myélite, soit à une thrombose, voilà l'explication la plus commune des paraplégies aiguës, subaiguës ou à début brusque; méningite rachidienne dans le cas de paraplégie avec prédominance de troubles de la motilité sans modification des réflexes; sclérose probable des cordons latéraux dans le cas de contracture précoce avec sensation d'engourdissement et exagération des réflexes, telles sont les seules données que nous possédions aujourd'hui sur les lésions des myélopathies syphilitiques. Les myélites aiguës ou subaiguës se caractérisent par la diffusion de leurs lésions, particularité qui ferait souvent défaut dans les myélites chroniques.

Le peu de fréquence des lésions spécifiques de la moelle nous explique combien l'influence du *traitement* est précaire et comme le pronostic doit être réservé. A cet égard, il semble que les paraplégies qui se sont accompagnées de vives douleurs à leur début bénéficient plus du mercure que les autres; peut-être dans ces cas existe-t-il une méningite gommeuse ou scléro-gommeuse contre laquelle le traitement a une réelle efficacité. Les paralysies aiguës, précoces, à marche très rapide, ne guérissent pas : M. Lancereaux en a bien montré la raison. Quant aux autres, si on consulte notre statistique, on constatera que la guérison, ou tout au moins l'amélioration, est aussi fréquente dans les paraplégies tardives que dans les paraplégies précoces. Seule la détermination exacte de la lésion pourrait servir à établir un pronostic, mais nous avons vu comme elle était hypothétique. Il y a bien peu de cas dans lesquels l'âge de la syphilis et la marche des accidents puissent fournir des données utiles sur l'évolution ultérieure de la paraplégie.

OBSERVATIONS RÉSUMÉES

1. (1) — H. 29 ans, chancre en 1872, Roséole, iritis. Jamais de traitement spécifique.

En février 1876 début de la paraplégie, d'abord à droite, lente, progressive, puis brusque dans la jambe gauche; elle n'a jamais été complète, le malade pouvant se tenir debout avec une canne. — Sensibilité intacte.

Après deux mois de traitement, amélioration. Il persiste de la rétention d'urine.

(1) Cette observation et celles qui suivent nous ont été remises par notre maître M. le professeur Fournier; elles proviennent de sa pratique extra-hospitalière.

2. — H. Chancre en juin 1871. En 1872, lentement, douleurs dans les reins, rétention d'urine, puis insensibilité et raideur de la jambe gauche d'abord, de la droite ensuite. Incontinence d'urine et des matières. Traitement spécifique, les troubles vésicaux s'amendent. Il reste de la parésie des membres inférieurs.

3. — H. 47 ans. Syphilis remontant à six ans. Paraplégie survenue en huit jours débutant par de l'incontinence d'urine. Elle est presque complète. Le traitement amène une grande amélioration, mais il persiste une gêne de la marche. Le malade ne peut marcher sans canne et il ne peut retenir longtemps ses urines.

4. — H. 40 ans. Chancre remontant à 1867. Accidents secondaires passant inaperçus. Deux mois de traitement. Vers 1871 gêne progressive de la marche, d'abord simple faiblesse qui s'accroît peu à peu. En 1877 le malade peut se tenir debout avec une canne. La jambe gauche est plus faible que la droite. Pas d'ataxie. Pas de troubles de la sensibilité. Nature spécifique des accidents certaine (Vulpian).

5. — H. Chancre à 23 ans. A 45 ans, paraplégie incomplète avec exaltation des réflexes du genou et du tendon d'Achille. Pas d'ataxie. Diagn. Myélite transverse (Charcot). Traitement spécifique prolongé. Guérison.

6. — H. Chancre induré en 1865. Pas d'accidents secondaires. En 1873 paraplégie à début brusque s'accompagnant de parésie des membres inférieurs reproduisant le type de la paralysie spinale aiguë. Pas de troubles de la sensibilité. Guérison absolue après trois mois de traitement.

7. — H. 25 ans. — Syphilis à 22 ans. Un an plus tard, paralysie de la jambe gauche s'accompagnant de rétention d'urine complète pendant quinze jours et de constipation. Guérison après six semaines de traitement ioduré; il persiste seulement de la faiblesse de la jambe gauche. Pas de troubles de la sensibilité.

Vu après deux ans, le malade avait encore de l'impuissance et des mictions au lit.

8. — H. Syphilis en 1876. Trois à quatre mois de traitement mercuriel : en octobre 1879 le malade remarque qu'il accroche le sol en marchant, qu'il est moins solide sur ses jambes. Pas de signes de Romberg. Sensibilité intacte. Réflexes normaux. Vu en avril 1880; après six semaines de traitement amélioration notable.

9. — Janvier 1881. Chancre de la lèvre. Traitement spécifique insuffisant. Octobre 1883 vertiges et fourmillements dans le bras gauche, puis paralysie de la jambe gauche un mois plus tard. La nuit suivante la jambe droite est paralysée, puis pendant 24 heures embarras de la parole. Les troubles paralytiques des membres supérieurs disparaissent vite : état stationnaire.

En 1889, quelques mouvements possibles dans la jambe droite, la jambe gauche est très faible. Exagération des réflexes. Trémulation épileptoïde légère. Pas d'atrophie. Besoins fréquents et impérieux d'uriner. Le traitement prolongé n'amène pas de changement.

10. — Syphilis en 1885. En 1886 paraplégie très marquée. Grande amélioration due au traitement. En 1889 la marche est possible, mais le malade se fatigue vite. Impuissance presque complète.

11. — H. Chancre en 1881. Éruptions secondaires. Frictions mercurielles et iodure pendant plusieurs mois. 1883, il survient de la faiblesse dans les jambes; 1887, il persiste de la faiblesse des membres inférieurs et de la paresse vésicale.

12. — Syphilis en avril 1869. Traitement pendant trois ans. En 1875 paraplégie syphilitique (Vulpian) à début brusque, presque complète, s'amendant considérablement après un mois de traitement. En 1880 il y a toujours de la faiblesse dans les jambes. Le malade ne peut uriner sans sonde.

13. — Syphilis légère il y a 18 ans. En 1886 affection médullaire caractérisée par des douleurs lombaires, des fourmillements dans les jambes, de la faiblesse des membres inférieurs, de l'exagération notable des réflexes. Sensibilité légèrement émoussée.

14. — Chancre induré en 1879 (Ricord). Pilules de protoiodure et K I pendant plusieurs années. Vers octobre 1882 le malade est en quelques heures paralysé complètement des deux jambes; rétention d'urine absolue, constipation. Paralysie de la sensibilité incomplète. — Abolition des réflexes.

Cinq mois de traitement très énergique. Le malade peut marcher. Mais les réflexes patellaires sont exagérés; il y a de la trémulation épileptoïde, surtout à gauche.

15. — Chancre induré il y a trois ans; roséole, traitement peu prolongé; dix-huit mois plus tard paralysie des jambes survenant presque subitement, tout à fait complète au bout de huit jours. Rétention totale d'urine. Perte de la sensibilité. Traitement ioduré insuffisant. Dix-huit mois après le début, le malade peut marcher en s'appuyant sur une canne; réflexes brusques, un peu exagérés. De temps en temps incontinence de l'urine et des matières.

16. — Syphilis bénigne en 1867, traitement insuffisant. En 1873 paraplégie des deux jambes survenant brusquement, complète, s'accompagnant de trémulation épileptoïde. Parésie légère du membre supérieur gauche. Guérison en quatre semaines.

1880. Nouvelle attaque. Paralysie progressive des membres inférieurs atteignant ensuite les membres supérieurs à un degré moindre. Épilepsie

spinale. Diminution de la sensibilité et fourmillements dans les jambes. Guérison complète en deux mois.

17.—Femme. Syphilis en 1874. Six fausses couches. Traitement suivi très irrégulièrement. En 1883 faiblesse progressive des jambes sans douleurs vives. Sensibilité intacte. La malade marche les jambes raides, exagération des réflexes (paraplégie spasmodique. Charcot). Après huit mois de traitement aucune amélioration. Les bras sont ensuite atteints de la même façon.

18.— Femme. Syphilis. Mai 1885. Quelques semaines après l'apparition des syphilides cutanées et muqueuses, paraplégie spasmodique rendant la marche impossible à cause de la contracture. Besoins impérieux d'uriner. Fourmillements et hyperesthésie dans les jambes; phénomène du pied. Quinze mois plus tard aucune amélioration malgré un traitement mixte rigoureux.

19.— Femme. Syphilis en 1878, pas traitée. En 1881 faiblesse progressive dans les jambes qui sont constamment raides. Réflexes rotuliens énergiques et subits. Après quatre mois de traitement, paraplégie spasmodique avec démarche caractéristique.

M. Charcot pose le diagnostic de myélite transverse dorso-lombaire. Malgré le tempérament nerveux de la malade, on écarte l'hypothèse d'une paraplégie hystérique à cause de l'absence de contracture et de l'inefficacité de la suggestion.

Deux années de traitement inefficaces.

20.—Femme. Syphilis certaine, mais date impossible à préciser. Paraplégie complète s'installant en quelques jours, réflexes normaux, retard des sensations douloureuses. Trois mois de traitement : guérison.

Trois ans plus tard, la malade présente des signes manifestes de tabes (douleurs en ceinture, fulgurantes, signe de Romberg, toux tabétique.

21. — Six mois après le début d'une syphilis bien traitée apparaît de la faiblesse progressive dans les jambes. Douze mois plus tard, marche difficile, trépidation épileptoïde légère, exagération des réflexes, incontinence nocturne d'urine. Amélioration après deux mois de traitement : le malade n'urine plus au lit.

22. — Chancre mal soigné douze ans avant le début des accidents paralytiques : d'abord faiblesse, puis raideur des jambes que le malade ne peut plus fléchir. Exagération des réflexes. Incontinence nocturne de l'urine, constipation : sensibilité normale. Traitement spécifique prolongé six mois ; amélioration des troubles vésicaux ; la paraplégie spasmodique persiste.

23. — Chancre induré en juillet 1889. En même temps que les plaques muqueuses (janvier 1890) faiblesse progressive des membres inférieurs, diminution notable de la force musculaire. Pas de trouble de la sensibilité ni des sphincters. Pas d'incoordination motrice. Abolition des réflexes. Même état un an plus tard.

24. — Chancre en 1872. Paraplégie constatée par Bazin dès 1874; traitement spécifique irrégulièrement suivi. En 1881 la paraplégie persiste; le malade peut à peine se tenir debout sur deux cannes. Sensibilité conservée. Les urines ne peuvent que difficilement être retenues.

25. — Cinq ans après une syphilis mal traitée, paraplégie à début lent : affaiblissement des jambes, rétention d'urine et des matières fécales. Ces troubles sphinctériens s'atténuent, mais quatre ans après la paraplégie, on constate de la faiblesse des membres inférieurs, et une très légère incoordination motrice; le malade ne peut se tenir debout les yeux fermés. Diagnostic : Myélite transverse ayant intéressé les cordons postérieurs.

26. — Syphilis il y a douze ans; 18 mois plus tard, paralysie complète de la jambe droite, moins marquée du côté gauche où il y a une anesthésie totale. Constipation et paresse vésicale. Traitement mercuriel énergique : en deux mois, disparition complète des troubles paralytiques.

27. — H. 47 ans. Syphilis datant de six ans traitée pendant quelques mois. Parésie des membres inférieurs. Malade peut à peine faire quelques pas : réflexes exagérés. Pas de trouble de la sensibilité ni des sphincters. En deux mois, guérison presque complète.

28. — Syphilis trois ans auparavant, pas traitée. Un an après, perte de connaissance subite ayant duré trois ou quatre heures. Six mois plus tard, paralysie progressive des jambes, aboutissant en quelques jours à une paraplégie complète avec incontinence de l'urine et des matières. Anesthésie absolue.

Quand M. Fournier vit le malade, dix-huit mois après le début des accidents, la paraplégie avait tout à fait disparu; il ne restait plus que de l'incontinence d'urine, surtout marquée la nuit.

29. — H. Avril 1882. Chancre induré. Syphilis bien traitée. En mai 1883, la jambe droite devient lourde, puis la gauche; incontinence passagère de l'urine. Diminution de la puissance génitale. Un an plus tard, marche difficile, raideur des jambes, exagération des réflexes, rétention d'urine.

30. — Chancre à l'âge de 18 ans. Quelques semaines de traitement. Au bout de quatre ans, pris subitement de paraplégie. Il peut encore remuer ses jambes, mais ne pourrait se tenir debout. Perte de l'urine pendant la nuit. Pas de trouble de la sensibilité. Cinq mois plus tard (traitement mixte), la marche est possible, mais lente, difficile; incontinence nocturne d'urine.

31. — En mai 1879. Syphilides ulcéreuses disséminées (chancre quelques mois auparavant). En octobre 1880, douleurs vagues dans les jambes faisant pendant longtemps penser à du rhumatisme, mais au bout de six mois s'accompagnant de faiblesse évidente. Puis soubresauts dans les membres inférieurs. Guérison complète. Rechute un an plus tard qui guérit absolument (iodure à haute dose).

32. — H. 22 ans. Syphilis en 1886, pas traitée. En octobre 1887, à la suite d'un refroidissement, les jambes s'affaiblissent progressivement. Bientôt paraplégie complète. Un an plus tard elle persiste sans changement. Aucun mouvement n'est possible, la sensibilité est éteinte jusqu'au milieu de l'abdomen, les réflexes sont abolis. Constipation absolue. Rétention d'urine. Eschares au sacrum. Le malade n'a pas été suivi.

33. — Syphilis à l'âge de 20 ans; quelques frictions mercurielles. Un an et demi plus tard, paraplégie incomplète qui guérit en deux semaines en laissant la vessie paralysée. Dix ans après, le malade est encore forcé de se sonder, l'impuissance est absolue, la sensibilité engourdie dans les membres inférieurs.

34. — Syphilis cinq ans auparavant (chancre, adénopathie, psoriasis palmaire), pas traitée. Faiblesse dans les jambes, marche presque impossible, pas de troubles de la miction. Réflexes normaux. Le malade n'a pas été suivi.

35. — Octobre 1882. Chancre et roséole, frictions mercurielles. En 1884, après un léger refroidissement au bain, douleurs dans les membres inférieurs, un peu de maladresse. Trois semaines plus tard, paraplégie absolue, rétention d'urine. En 1887, après un traitement mercuriel énergique, grande amélioration: le malade peut marcher, mais les jambes sont raides, exagération des réflexes; les urines ne peuvent être retenues que fort peu de temps. Impuissance.

36. — Janvier 1884. Syphilis très bien traitée pendant un an. En juillet 1885, malade pris subitement de faiblesse dans les jambes; il ne peut marcher sans être soutenu. En septembre, la marche est encore incertaine, la miction difficile. Traitement spécifique : il ne demeure plus que de l'incontinence nocturne d'urine.

37. — Chancre induré en 1875; traitement spécifique immédiat. En 1876, en même temps que les plaques muqueuses, apparaissent la faiblesse des jambes et l'inertie vésicale. Trémulation épileptoïde, exagération des réflexes. Après deux mois de traitement, la faiblesse des jambes a diminué, mais la vessie est toujours paresseuse.

38. — En 1875 syphilis non traitée; 1877, hémiplégie gauche avec déviation de la face qui guérit. En 1878 paralysie des deux jambes qui sont tout à fait inertes, incontinence d'urine. Un an plus tard, après traitement, le malade peut se tenir debout; la sensibilité est intacte; pas de douleurs fulgurantes. Réflexes normaux.

39. — Chancre induré en 1873. En 1878 apparaît progressivement de la faiblesse dans les jambes sans altération de la sensibilité. Paresse pour uriner. Faiblesse sexuelle. Réflexes normaux. Ces phénomènes persistent trois ans plus tard. Diagnostic de Charcot : Myélite transverse syphilitique.

40. — Syphilis en avril 1879. Traitement mercuriel. Parésie de la sixième paire gauche qui guérit. Deux ans après, affaiblissement des jambes, aboutissant quelques mois plus tard à rendre la marche tout à fait impossible. Sensibilité intacte; rien à la vessie ni au rectum. Mais les mains sont affectées : la faiblesse y est évidente, les mouvements délicats ne sont plus permis.

41. — Syphilis en 1879 traitée insuffisamment. Vers 1887 sensation de froid et d'engourdissement dans les jambes. Deux ans plus tard, ces accidents médullaires persistent; le malade marche mal, mais les réflexes sont normaux, la démarche n'est pas celle d'un ataxique.

42. — Syphilis en 1880. Deux ans plus tard, paraplégie s'installant petit à petit. Cinq ans après le début des accidents médullaires, réflexes exagérés, trémulation épileptoïde, marche difficile, un peu d'incontinence d'urine, impuissance relative. Traitement spécifique sans résultat.

43. — Cinq ans auparavant, chancre induré et accidents de syphilis certains. Paralysie des jambes survenue insidieusement. Marche et station debout impossibles. Pas de troubles sphinctériens. Traitement mercuriel. Au bout d'un an marche hésitante. Réflexes normaux. Pas de tabes.

44. — Chancre 25 ans auparavant. Paraplégie incomplète survenue douze ans après le chancre, persistant après dix ans malgré le traitement. Marche lente, difficile. Diminution de la force des jambes. Rétention d'urine complète.

45. — Syphilis en 1869, non traitée. Vers 1880, à la suite d'un refroidissement, semble-t-il, douleurs très vives dans les jambes, surtout à droite. Gêne de la marche qui n'est plus possible au bout d'une heure. Six semaines plus tard le malade peut à peine se tenir debout.

46. — Syphilis il y a 18 ans. 13 ans plus tard paraplégie brusque, précédée quelques jours avant de deux ictus apoplectiques, complète, sans trouble de la sensibilité, guérie par des frictions mercurielles. Cinq ans après le début des accidents médullaires, paraplégie spasmodique (Charcot).

47. — H. 28 ans. Chancre en juin 1880, accidents secondaires bénins. Traitement insuffisant. En octobre 1883 paraplégie survenant brusquement avee rétention, puis incontinence d'urine. Anesthésie absolue. Eschares gangreneuses multiples. Mort en deux mois par infection purulente.

48. — Syphilis d'intensité moyenne très bien traitée. 20 mois après le chancre, jambe droite atteinte et paralysée de la sensibilité et du mouvement; gêne de la miction et impuissance. Deux mois plus tard, le malade est un paraplégique. Traitement mixte pendant six mois : guérison absolue.

49. — 46 ans. Roséole certaine en janvier 1871 ; insuffisance du traitement. Avril 1872, faiblesse progressive des jambes, puis difficulté de la miction ; à différentes reprises, garde-robes involontaires. Un an après (traitement spécifique) parésie des extrémités inférieures. Le malade peut à peine lever le pied. Sensibilité intacte. Réflexes normaux.

50. — Seize ans après une syphilis bien traitée (iodure à différentes reprises) douleurs vagues dans les jambes, paraplégie. Station verticale impossible. Le malade ne peut lever les jambes au-dessus du lit. Rétention d'urine et des matières fécales. Traitement énergique : un mois plus tard, aggravation, les troubles sphinctériens persistent et la paralysie est complète.

51. — En 1868 chancre. Période secondaire de moyenne intensité. En octobre 1872 vaste syphilide ulcéreuse du fourreau et du scrotum. En mars 1873 très rapidement faiblesse, puis paralysie absolue des deux jambes avec obtusion de la sensibilité. En quelques jours, paralysie complète du mouvement et de la sensibilité dans les bras, gêne de la parole et de la déglutition. Ralentissement du pouls. Diplopie. Pas de troubles sphinctériens.

Diagnostic : Gomme probable de la partie supérieure de la moelle. Traitement mixte prolongé.

Au bout de six mois *tous* les accidents ont disparu. La guérison s'est maintenue trois ans plus tard.

52. — H. 69 ans. Chancre induré en 1872 ; plaques muqueuses ; syphilides cutanées. Traitement mercuriel rigoureux. Six mois plus tard, gêne progressive de la marche, puis aggravation. Paraplégie complète avec douleurs très vives ; incontinence de l'urine et des matières ; eschares au siège et aux talons. Mort au bout de huit mois.

53. — H. 26 ans. Syphilis datant de trois ans, assez bien traitée ; faiblesse croissante dans les jambes rendant la marche impossible. Traitement mixte, guérison. Rechute deux ans après : le malade ne peut marcher qu'avec une canne. Réflexes exagérés. Aucun signe de tabes. Traitement mercuriel énergique : guérison.

54. — Chancre à la fin de 1871. Syphilis secondaire. Traitement mercuriel régulier. En septembre 1873 début progressif par de la paresse de la vessie et de l'intestin, fourmillements dans les pieds. Quelques mois plus tard les jambes s'affaiblissent. Impuissance absolue. Deux ans plus tard, après traitement, la marche est possible, mais elle est lente, pénible. Sensibilité intacte, usage de la sonde indispensable.

55. — Syphilis douze ans auparavant, traitée un mois seulement ; pas d'autre accident. La paralysie a débuté par de la faiblesse et de la lourdeur dans les jambes, des élancements dans les pieds ; elle est complète en six mois. Deux ans après, le malade ne peut se tenir debout, lève à peine

les jambes au-dessus du lit; force musculaire affaiblie. Aucun signe d'ataxie. Pas de trouble de la sensibilité ni des sphincters. Puissance virile conservée. Traitement mixte prolongé sans résultat.

56. — 32 ans. Chancre induré en juillet 1874. Traitement spécifique. En 1875 (juillet) affaiblissement lent et progressif des jambes. Pas de douleurs. Au bout d'un mois, le malade ne peut se tenir debout ni imprimer aux jambes de légers mouvements. Sensibilité diminuée. Incontinence d'urine. Coexistence de syphilides amygdaliennes. Après cinq mois de traitement ioduré énergique, marche possible avec une canne.

57. (1) — 33 ans. Chancre de la verge en octobre 1889. Roséole. Traitement rigoureux. En octobre 1890, en même temps qu'une poussée de syphilides muqueuses il survient de l'engourdissement dans les jambes et de la rétention d'urine. Après huit mois de traitement, l'individu peut marcher, mais il se fatigue vite, il tâlonne. Exagération des réflexes rotuliens. Phénomène du pied. Aucun symptôme tabétique. Envies fréquentes et impérieuses d'uriner qui nécessitent le catéthérisme matin et soir.

58. — Syphilis en 1889 (octobre), traitée rigoureusement. Un an après, paraplégie complète en quelques heures. Soigné pendant sept mois dans le service du Dr Gilbert. En janvier 1891, vu chez M. Fournier : paralysie spasmodique des membres inférieurs avec atrophie musculaire légère. Diminution de la sensibilité. Rétention d'urine depuis le début.

59. — Femme. 42 ans. Syphilis en janvier 1890, mal traitée. En juillet, gêne progressive de la marche, pas de douleur. En octobre 1890 la malade entre dans le service : paraplégie complète. Exagération des réflexes rotuliens. Trémulation épileptoïde légère. Incontinence de l'urine et des matières. Aucun trouble de la sensibilité. Après trois mois d'un traitement rigoureux, l'incontinence a disparu, mais la marche est impossible.

60. — Chancre pendant 1886 traité en deux mois. Huit mois après, fourmillements dans les jambes et gêne croissante de la marche. Traitement spécifique durant deux ans. En octobre 1890, la marche est très pénible. Exagération des réflexes. Trémulation épileptoïde légère. Pas de troubles sphinctériens.

61. — Chancre diagnostiqué par M. Fournier en 1883. Depuis, aucun accident, pas de traitement. En 1890 gêne de la marche d'abord passagère, puis continue. Janvier 1891, le malade lève les jambes très difficilement, les jette en dehors quand il essaie de marcher. Diminution de la force musculaire. Pas de signes d'ataxie. Exagération des réflexes, trémulation épileptoïde; lenteur et fréquence des mictions. Pas de changement après deux mois de traitement.

(1) Cette observation ainsi que les suivantes proviennent du service de M. le professeur Fournier.

62. — Syphilis en 1882, mal traitée. En 1888 hémiplégie gauche incomplète qui guérit sans laisser de traces. Quelques semaines après, paraplégie brusque au réveil. Dans le service, on constate, l'impossibilité de la marche, de la trémulation épileptoïde. Anesthésie complète aux deux jambes. Incontinence d'urine. Début d'eschare au sacrum. Deux mois de traitement : pas d'amélioration.

63.— Syphilis mal traitée. Huit mois avant, à la suite d'un refroidissement, paralysie des deux jambes complète, qui s'améliore sous l'influence du traitement. Entré chez M. Fournier trois mois plus tard : il persiste de la trémulation épileptoïde et de l'exagération des réflexes, de la fréquence plus grande des mictions.

64. — H. 48 ans. Chancre en 1867. En 1872 lenteur de la miction, perte de la puissance génitale, 1873 paraplégie complète s'accompagnant d'un léger degré de paralysie du membre supérieur gauche. Guérison absolue en quatre mois et demi.

En 1884, démarche très difficile. Phénomènes d'épilepsie spinale. Diminution de la sensibilité aux deux jambes, surtout à gauche. Diagnostic : (M. Raymond) Meningo-myélite syphilitique. Guérison absolue (traitement mixte) en deux mois.

65. — En 1880 syphilis. Pas de traitement spécifique. Dix-huit mois plus tard fourmillements dans les jambes, difficulté de la marche. Le malade entre dans le service de M. Fournier : diminution de la force musculaire dans les membres inférieurs, incoordination motrice légère. Réflexes tendineux exagérés. Le diagnostic porté est celui de myélite transverse avec paraplégie par lésion des cordons antéro-latéraux et certains phénomènes tabétiques par lésion propagée aux cordons postérieurs. Après deux mois de traitement la paraplégie disparaît.

66. — Un an après le début de la syphilis, étant en traitement pour une iritis spécifique, le malade est pris subitement de paralysie dans les membres inférieurs, surtout à droite. Sensibilité tout à fait abolie. Après deux mois de traitement le malade commence à se tenir debout.

Mort quelques semaines plus tard après une rechute brusque de paraplégie. A l'autopsie (Hayem) myélite diffuse ; sclérose des deux substances. En nombreux endroits, surtout autour des vaisseaux, exsudat colloïde. Atrophie pigmentaire irrégulièrement disséminée dans les cornes antérieure et postérieure. Ces lésions ont leur maximum au niveau de la région dorsale inférieure.

67. — H. 28 ans. Chancre en juin 1880. En 1883 début brusque. Maux de reins, paralysie complète du mouvement et de la sensibilité. Rétention, puis incontinence d'urine. Traitement mixte énergique. Retour de la sensibilité. Eschares multiples. Mort au bout six semaines par infection purulente. Pas d'autopsie.

68. — Sept ans après une syphilis traitée pendant quatre mois, faiblesse progressive des membres inférieurs. Le malade entre dans le service de M. Fournier : il ne peut marcher qu'avec une canne, la force est très diminuée à gauche et à droite, la sensibilité intacte, les réflexes un peu exagérés. Pas d'amélioration après un traitement prolongé.

69. — Syphilis en 1867, très bien traitée. En 1868 s'établit progressivement une paraplégie avec incontinence d'urine et des matières fécales. Anesthésie. Quatre ans après, usage des béquilles indispensable, jambes raides : exagération des réflexes. Diagnostic : Paraplégie spasmodique.

70. — H. 31 ans. Deux ans auparavant, chancre. Syphilis secondaire assez grave, mal traitée. Invasion lente des troubles paralytiques. Trois mois plus tard, le malade entre dans le service : station verticale impossible, force musculaire très diminuée dans les membres inférieurs, réflexes normaux. Rétention d'urine. Intégrité de la contractilité électrique. Après trois mois de traitement, il peut se tenir debout. Plus de troubles sphinctériens. (Pendant 36 heures il a présenté de l'aphasie avec intégrité complète des fonctions intellectuelles. Il prononçait quelques mots sans aucun sens et ne pouvait plus écrire ce qu'on lui commandait. Tous ces phénomènes ont cessé brusquement.)

71. — Syphilis en 1867. Trois semaines de traitement. Un an plus tard début lent, graduel, indolent d'une paralysie des membres inférieurs avec gêne de la miction. Alternatives d'aggravation et d'amélioration. Nombreuses poussées de syphilides gommeuses et ulcéreuses.

En 1878, dix ans après le début, paraplégie spasmodique : phénomènes du genou et du pied. Incontinence d'urine. Pendant le séjour à l'hôpital on voit survenir des troubles oculaires caractérisés par de la diplopie et une hémiplégie droite qui guérit. Somnolence, hébétude, attaques épileptiformes. Mort.

Autopsie (faite par MM. Balzer et Barthélemy). Foyer de ramollissement ancien dans le corps strié.

Moelle : Pie-mère épaissie et louche au niveau du renflement lombaire.

Au niveau de la région cervico-dorsale foyer de myélite transverse. Magma composé de masses granuleuses plus ou moins fines réunies par une substance homogène qui se colore mal. Sclérose des cordons latéraux sur toute la hauteur de la moelle. On y distingue des tractus conjonctifs épais, surtout au voisinage des vaisseaux qui présentent une dilatation et une déformation considérables de leurs parois.

Sclérose des cordons de Goll dans toute la moelle cervicale.

Cornes antérieures : pigmentation des grosses cellules. A l'union de la corne postérieure et de la corne antérieure, foyer de ramollissement existant symétriquement des deux côtés.

SUR UN CAS D'ACTINOMYCOSE DE LA FACE

Par M. le Dr **E. Legrain.**

Travail du laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire de Lille.

Observation. — Br..., caporal au 16e bataillon de chasseurs, 22 ans, sans antécédents héréditaires ni personnels, s'aperçoit, au cours du mois d'août 1889, d'un gonflement de la joue gauche survenu d'une façon tout à fait insidieuse. Vers la fin d'août, le gonflement ne diminuant pas, il va trouver un médecin qui diagnostique, dit-il, un abcès. Une incision faite intérieurement au niveau de la première grosse molaire supérieure ne donne pas de pus. Une seconde incision, faite extérieurement à peu près au même niveau, donne un peu de sang.

Le gonflement de la joue n'ayant pas sensiblement diminué à la suite de ces deux incisions, le malade se fit arracher la première molaire supérieure gauche, qui était cariée, et qu'on soupçonnait, non sans raison, être la cause de cette affection tenace; mais il resta une racine pour laquelle on ne fit pas de tentative d'extraction.

Une poussée survint encore au mois d'octobre 1889; la joue devint rouge, tendue, peu douloureuse d'ailleurs; puis, le gonflement diminua spontanément, et pendant toute l'année 1890, l'affection ne présenta aucune recrudescence. Le malade conserva cependant deux ou trois petites nodosités assez dures, perceptibles à la face interne de la joue mieux qu'à sa face externe. Vu l'absence de douleur, le malade ne s'en préoccupa nullement; à la fin du mois de mai 1891, le malade eut coup sur coup deux abcès qu'on incisa intérieurement; on lui enleva alors la racine qui était restée.

Nous avons vu le malade pour la première fois le 18 juin. A ce moment, l'inspection de la joue montre trois petites nodosités situées à deux travers de doigt au-dessus de la commissure des lèvres; ces nodosités correspondent au niveau des grosses molaires supérieures gauches. Le périoste semble un peu épaissi; mais la lésion principale consiste en la présence de ces trois nodules indurés, à la surface desquels la peau est légèrement tendue, rouge : il s'y forme de temps à autre quelques petits abcès tout à fait superficiels, qui s'ouvrent spontanément. Le malade souffre peu localement. L'état général est bon.

Les cavités orbitaire et nasale sont saines.

On se trouve donc en présence d'une lésion presque exclusivement localisée à la joue, et ayant probablement pour point de dé-

part une dent cariée. Le début insidieux, les recrudescences successives de l'affection firent songer à l'actinomycose.

Les recherches dont nous exposons ici le résumé confirmèrent le diagnostic.

Tout d'abord nous devons dire que les préparations faites avec le pus des petits abcès superficiels ne montra nettement que des microcoques en amas colorables par la méthode de Gram.

En incisant ces petits abcès, après en avoir évacué le pus, on tombait sur la zone réellement indurée. Les produits de raclage examinés au microscope laissèrent voir quelques éléments pyriformes colorables par l'éosine, mais pas de filament prenant la coloration de Gram : aucune de ces touffes de massues à structure rayonnée dont la présence est si nette dans les foyers actinomycosiques typiques.

Le diagnostic aurait pu paraître douteux si nous n'avions obtenu par l'inoculation des résultats positifs.

Tout d'abord le pus des petits abcès miliaires superficiels ne donna jamais sur les milieux de culture que des colonies de *micrococcus pyogenes aureus*. Mais ce pus évacué et le petit foyer nettoyé au moyen de la liqueur de Van Swieten et d'une goutte d'alcool, nous avons enlevé de petites parcelles des nodosités indurées qui ont été mises antiseptiquement sous la peau du ventre préalablement rasée d'un cobaye et d'un lapin. La petite ouverture faite à cet effet a été ensuite refermée au moyen du fil de platine porté au rouge.

Sur le cobaye il se développe au bout de quinze jours, à l'endroit même de l'inoculation, un petit nodule, gros comme un pois tout au plus, non adhérent à la peau. Ce nodule se résorba d'ailleurs rapidement, et l'incision faite à cette place un mois après n'en montra plus trace.

Chez le lapin, au contraire, il s'était produit au bout de trois semaines une nodosité du volume d'une noisette un peu adhérente à la peau qui, à cet endroit, possédait sa coloration normale. Incisée au bout d'un mois, cette nodosité se montra formée d'un tissu assez ferme, blanchâtre, avec lequel nous fîmes des préparations et des cultures.

Histologiquement, ce nodule est formé d'une agglomération de cellules embryonnaires sans stroma conjonctif appréciable. Entre ces cellules se trouvent des filaments de 10 à 50 μ de long, se colorant par la méthode de Gram d'une façon d'ailleurs peu uniforme. Certains segments prennent une teinte très foncée, tandis que d'autres sont peu ou point colorés. Ces filaments ne présentent que de minimes et rares ramifications ; on n'y trouve aucun élément pyriforme.

Les cultures faites avec des fragments de cette nodosité obtenue chez le lapin ont montré qu'il n'y existait qu'une seule espèce bactérienne de forme filamenteuse, de 0 μ 5 à 1 μ d'épaisseur, ramifiée, et

de longueur très variable selon les milieux, et pour un même milieu selon l'âge de la culture.

Dans le bouillon, après vingt-quatre heures à l'étuve à 37 degrés centigrades on aperçoit déjà une grande quantité de petits points blanchâtres qui se développent assez rapidement et atteignent 1 millimètre de diamètre au bout de quelques jours. La structure radiée de ces petits flocons est visible, lorsqu'on regarde la culture avec une forte loupe. Au bout d'une semaine environ, ces flocons ont une certaine tendance à se désagréger. Le liquide ne brunit pas.

Sur gélatine, il se forme le long de la piqûre de petites colonies d'un blanc grisâtre présentant la structure radiée indiquée plus haut. Au bout de trois semaines et parfois plus tard encore, elles s'entourent d'une zone de liquéfaction très nette. La liquéfaction complète du tube ne s'observe guère avant deux mois au moins.

Sur gélose, on voit se développer rapidement de petites plaques rondes, grisâtres, d'abord lisses et comme vernissées, puis se plissant après un séjour de quelques jours à l'étuve. Au bout d'une quinzaine de jours, ces colonies qui atteignent rarement un demi-centimètre de largeur, semblent s'enfoncer dans la gélose : sous la portion centrale déprimée de la culture, il paraît y avoir une raréfaction de la gelée.

Les résultats de nos expériences démontraient donc l'existence chez notre malade de l'*actinomyces*. L'affection s'était présentée sous une forme relativement très bénigne. Des irrigations d'eau très chaude longtemps continuées sur la joue du malade après l'incision des petits abcès superficiels, formèrent la base du traitement. Actuellement on retrouve encore difficilement une légère induration à l'endroit où se trouvait chacune des nodosités actinomycosiques; mais la joue a repris son épaisseur et sa coloration normale.

A quoi pouvons-nous attribuer la bénignité de l'actinomycose dans le cas qui nous occupe? Nous ne parlerons pas de l'état général du malade et du lieu d'implantation de l'affection qui sont évidemment des facteurs importants à considérer dans le développement de toute maladie parasitaire. Nous dirons seulement quelques mots des variations possibles dans la virulence du parasite.

Tous les observateurs s'accordent à reconnaître les analogies qui rapprochent l'*actinomyces* des *cladothrix*. Ces derniers sont extrêmement répandus dans la nature. M. le professeur Macé les a souvent isolés, dans des analyses bactériologiques d'eaux de provenances diverses. Nous en avons trouvé une espèce dans une sorte de pseudo-favus survenu spontanément chez des souris. Nous avons recherché si, expérimentalement, il ne serait pas possible de déterminer chez les animaux une affection se rapprochant de l'actinomycose par l'inoculation de ces diverses espèces. Or, par l'inoculation sous-cutanée aux

lapins de plusieurs espèces, et principalement d'un cladothrix isolé par M. Macé, nous sommes arrivés à reproduire des noyaux parfois assez volumineux présentant la structure de la nodosité développée chez le lapin à la suite de l'inoculation de produits recueillis sur le malade dont nous avons donné l'observation.

Mais, fait curieux, sur lequel nous devons maintenant attirer l'attention : les cultures faites avec les produits pris dans les noyaux produits expérimentalement par l'injection de cladothrix, ne reproduisent plus le type des cultures si exubérantes de cladothrix qui ont été injectées. Les flocons dans le bouillon sont beaucoup plus petits, plus ténus, moins denses et surtout leur développement est beaucoup plus lent : même après des mois, le bouillon n'a pas changé de teinte ; il ne présente aucune odeur, tandis que dans les cultures successives, les cladothrix donnent assez rapidement au bouillon une teinte brunâtre et une odeur désagréable de moisi.

Nous avons cherché à reproduire expérimentalement les lésions de l'actinomycose intestinale en faisant absorber à des lapins des cultures de cladothrix. Les lapins sains n'ont jamais présenté la moindre lésion. Mais, il y a plusieurs mois, tous nos lapins moururent en quelques semaines de coccidiose hépatique. Nous avions fait absorber à plusieurs d'entre eux des cultures de cladothrix : or, les kystes à psorospermies examinés plusieurs semaines après l'absorption des cultures contenaient des cladothrix alors que le reste du tube digestif et des annexes était sain : les cladothrix s'étaient fixés en un lieu de moindre résistance. De plus, ces cladothrix présentaient alors des signes d'un affaiblissement considérable de leurs propriétés végétatives : flocons très minimes dans le bouillon, colonies à peine perceptibles sur gélose, liquéfaction tardive de la gélatine et même absence complète de liquéfaction, pas de production de triméthylamine dans le bouillon.

De ces quelques recherches, il semble donc résulter que de luxuriantes cultures de cladothrix que nous possédons depuis bientôt quatre ans, subissent par le fait de leur passage dans l'organisme des animaux des modifications extrêmement notables. C'est à ce point qu'un observateur non prévenu, se basant uniquement sur les caractères des cultures : différences énormes dans le volume des flocons dans le bouillon, présence ou absence d'odeur de moisi, liquéfaction lente ou tardive de la gélatine, végétation luxuriante ou minime sur gélose, distinguerait volontiers deux espèces ou tout au moins deux variétés distinctes en voyant les cultures normales d'un cladothrix vulgaire, et les cultures de ce même cladothrix faites avec des parcelles de tumeurs expérimentales produites par l'injection de cultures chez un animal.

Ces modifications d'une bactérie produites par son passage dans

les tissus d'un animal ne sont pas exceptionnelles en microbie. Ne voyons-nous pas les expérimentateurs lyonnais modifier de cette façon le bacille d'Escherich et le transformer en une variété répondant au bacille d'Eberth?

Quoi qu'il en soit, lorsqu'un bacille est susceptible de subir de profondes modifications dans son mode de croissance, il est permis de supposer des variations dans sa virulence. Peut-être ces variations sont-elles pour quelque chose dans la bénignité ou la malignité de l'actinomycose. Mais ce n'est là qu'une hypothèse; il est possible encore que ces variations trouvent une explication plausible dans la pluralité des agents microbiens, capables de produire l'actinomycose, pluralité qu'il n'est pas illogique de supposer, étant donnée l'existence de plusieurs variétés de cladothrix dans la nature.

TROIS OBSERVATIONS

DE SCLÉRODERMIE EN PLAQUES, LIMITÉE AU FRONT ET AU CUIR CHEVELU,

Par le Dr **J. Brault**,

Médecin aide-major de première classe, surveillant à l'École du service de santé militaire de Lyon.

OBSERVATIONS

Observation I. — Communiquée par M. le Dr Cordier, chirurgien-major de l'Antiquaille.

E. K..., 23 ans, bonne santé habituelle, scarlatine à huit ans, angines folliculeuses fréquentes, pas d'antécédents héréditaires.

A seize ans, constatation sur le front d'une plaque ombrée, un peu déprimée qui ne s'étend qu'avec une extrême lenteur. La mère du malade attribue la lésion à une émotion très vive remontant à quelques mois seulement; toutefois, sur une photographie qui date de deux ans auparavant on constate déjà des traces bien nettes de l'affection cutanée que personne n'avait encore remarquée à cette époque.

Aujourd'hui, la lésion apparaît très évidente et sur le tiers interne du front et sur le cuir chevelu, formant là une plaque de 6 centimètres carrés environ; cette plaque n'occupe que la partie supérieure de la région frontale, la portion sourcilière est absolument respectée.

Sur le front, la peau apparaît beaucoup plus brune qu'à l'état normal, elle est plus mince et très nettement atrophiée, les poils follets font défaut et les plis transversaux sont à peine marqués.

L'atrophie est aussi frappante au toucher qu'à l'œil, et l'on sent une dépression très sensible.

En envahissant le cuir chevelu la lésion prend des caractères encore plus nets. Sur une longueur de 3 centimètres et sur une largeur de 2, la peau présente un aspect cicatriciel, les poils font défaut au centre, ils sont très clairsemés à la périphérie. A ce niveau, l'affection est encore en voie de progression.

Dans toute l'étendue de la plaque, la sensibilité à la douleur est notablement diminuée et la sensibilité à la chaleur paraît encore plus profondément atteinte.

Les glandes sudoripares sont atrophiées, car on remarque une diminution considérable de la sueur sur les points envahis par le processus.

Depuis quelques mois, apparition d'un point nouveau sur la partie médiane du front. Cette nouvelle plaque présente en tout point les mêmes caractères que l'ancienne.

Observation recueillie par M. de Bovis, interne de M. Cordier.

G..., Antoine, 22 ans, tulliste, né et demeurant à Lyon, entré le 27 janvier 1891, sorti le 27 février, rentré de nouveau le 17 mars 1891.

Antécédents héréditaires : Nuls.

Antécédents personnels : Nuls.

Vers la fin de décembre 1890, le malade a contracté un chancre à la verge. Il entre aujourd'hui (27 janvier) pour des ulcérations à l'anus...

(Nous passons sur la description des lésions syphilitiques qui ont amené le malade et nous arrivons au point de l'observation qui nous intéresse.)

Le cuir chevelu est recouvert de pellicules squameuses nombreuses peu adhérentes, se détachant spontanément et remplissant les cheveux. Ceux-ci tomberaient facilement depuis une huitaine; ils ne présentent pas cependant de raréfaction notable; ils sont au contraire très bien fournis. Pas de céphalée.

Sur le front se montre une plaque de 2 à 3 centimètres carrés de surface, d'apparence cicatricielle, de forme triangulaire, à sommet inférieur et à base reposant sur la limite d'implantation des cheveux. Elle est à peu près médiane; sa couleur, vue de loin, est un peu grisâtre. Examinée de plus près, elle offre des inégalités de teinte dont l'interprétation est facile : c'est une alternance de peau blanche, lisse, cicatricielle et de peau normale comme structure, en apparence, mais plus pigmentée, non seulement que les parties voisines, mais que la peau du front entourant la plaque. Cette pigmentation est gris brunâtre, bronzée. Le tissu de cicatrice dessine dans l'aire la plaque, une sorte de réseau dont les mailles enserrent des îlots pigmentés. Par le toucher, venant en aide à la vue, on se rend compte que l'inégalité de teinte est accompagnée en même temps d'une inégalité de niveau, les parties cicatricielles se trouvent situées en contre-bas des parties pigmentées; la différence de niveau n'est pas cependant très marquée. Enfin la plaque tout entière semble située sur un plan un peu inférieur relativement aux tissus sains avoisinants.

En soulevant et écartant les cheveux du front surplombant immédiatement la plaque, on constate tout d'abord qu'ils sont raréfiés; il existe même une petite surface qui en est totalement privée, leur adhérence est normale cependant et leur volume ne semble pas modifié. La portion du cuir chevelu qui les supporte offre des lésions semblant de même nature que celles de la plaque frontale; mais en raison des cheveux, des squames pityriasiques qui les remplissent et de la couleur un peu plus foncée du cuir chevelu, les caractères sont moins nets. L'étendue de cette plaque du cuir chevelu, qui est en continuité directe avec la précédente, est inférieure des deux tiers environ.

Avec du papier argenté, on se rend compte facilement que la sécrétion sudorale est sinon abolie, du moins considérablement diminuée au niveau

de la plaque du front. La thermométrie locale ne donne pas de différence entre elle et les parties saines voisines; sa faible étendue, son caractère superficiel, en sont probablement la cause.

La peau du front environnante est normale; on y remarque quelques points noirs d'acné. L'état général du sujet semble excellent; il est brun, les cheveux sont noirs; taille un peu au-dessus de la moyenne; le corps est un peu grêle, sans offrir cependant de faiblesse marquée. Le teint est un peu pâle, mais il faut peut-être incriminer la syphilis.

Quant à l'époque de l'apparition de sa plaque de sclérodermie atrophiante, il ne peut fournir aucun renseignement : ce n'est qu'à l'âge de dix-sept ou dix-huit ans qu'il s'en serait aperçu, depuis elle aurait offert un léger accroissement.

Observation III (personnelle). — *Sclérodermie en plaques limitée au cuir chevelu.*

B.., soldat de deuxième classe à la 25e section d'infirmiers militaires, est âgé de 23 ans et compte seize mois de service. Il est né à Paris et remplissait la profession de garçon de café avant son incorporation.

C'est un jeune homme grand, mais de complexion faible. Les cheveux et les sourcils blonds, les paupières bordées d'un léger cercle de blépharite, le nez gros, les lèvres épaisses, le menton fuyant, le visage imberbe impriment à la physionomie de cet homme un caractère tout particulier où l'on n'a pas de peine à reconnaître tous les attributs du lymphatisme.

Il faut toutefois ajouter que, par ailleurs, on ne trouve pas trace de suppurations ou d'indurations ganglionnaires.

La rougeole dans l'enfance, des coryzas fréquents, une bronchite à quinze ans, la grippe l'an dernier, tels sont les antécédents personnels de notre malade.

B... a perdu ses parents, étant tout jeune, d'affections qui sont restées inconnues pour lui; il a deux frères dont l'un a été exempté pour faiblesse de constitution.

La maladie dont il est porteur aujourd'hui, a débuté à son insu : c'est en lui coupant les cheveux au mois de mars 1889 qu'un coiffeur lui en fit la remarque.

A cette époque, B... venait de traverser une période pénible, son état général avait été mauvais et, sans avoir été obligé de s'aliter ou d'entrer à l'hôpital, il avait ressenti une faiblesse assez grande et avait dû interrompre son travail.

Actuellement l'affection qui au début ne formait qu'une petite plaque au-dessus du pavillon de l'oreille, s'est considérablement étendue. B... n'en est nullement incommodé, à peine sent-il de temps à autre quelques démangeaisons fugaces.

L'examen de la région latérale gauche du crâne de notre malade fait découvrir immédiatement l'existence de quatre plaques d'alopécie de dimensions très inégales et d'âge différent.

La première en date, la plus large, siège à la région temporale au-dessus du pavillon de l'oreille qu'elle semble contourner. En l'examinant de

près, on voit qu'elle est elle-même formée par la réunion de deux plaques secondaires assez régulièrement arrondies et séparées incomplètement par une sorte d'angle rentrant analogue à ceux que l'on trouve dans les rosaces du style rayonnant.

Sur cet angle, le cuir chevelu est sain, les cheveux sont normaux. La plaque mesure 6 centimètres de long et 4 centimètres de hauteur.

A 2 centimètres plus haut, au niveau de la bosse pariétale sur une ligne légèrement courbe à concavité dirigée en bas se trouvent trois nouvelles plaques très nettement arrondies et séparées les unes des autres par un espace de 2 centimètres et demi.

Le processus semble avoir marché d'avant en arrière, les deux plaques antérieures sont les plus anciennes, elles sont aussi les plus étendues. La première mesure 4 centimètres de diamètre et la deuxième, 1 centimètre seulement. La plaque postérieure, la plus jeune, est beaucoup plus petite encore : elle ne présente plus que 5 millimètres de diamètre.

A part le siège et les dimensions sur lesquels nous croyons avoir assez longuement insisté, toutes ces plaques se ressemblent; aussi, pour bien les connaître toutes, nous suffira-t-il de décrire les détails présentés par l'une quelconque d'entre elles.

A première vue, ou plutôt à distance, les lésions ressemblent assez bien à de la pelade; toutefois, lorsqu'on s'approche, lorsqu'on examine avec plus d'attention, l'on ne tarde pas à être frappé par la coloration que présente le cuir chevelu dans toute l'étendue de la plaque d'alopécie.

Cette coloration n'est pas uniforme; il existe deux teintes bien tranchées, qui, inégalement réparties, déterminent une sorte de bariolage de la peau qui est comme tigrée.

On distingue : 1° des portions blanches, lisses semblables à du tissu de cicatrice; 2° des portions brunes dont la coloration rappelle la teinte du pityriasis versicolor.

Le fond de la plaque est brun, les parties blanches forment d'étroites bandes flexueuses qui marbrent cette surface et la divisent en îlots irréguliers.

Les taches brunes qui forment ces îlots, recouvertes en certains points par des squames minces, ressortent en saillie sur les parties claires; elles disparaissent en partie par la pression du doigt ou quand on tend fortement la peau. Enfin, elles se foncent sous l'influence de la chaleur et sont recouvertes de poils follets, voire même par places de cheveux clairsemés mais sains et solides.

Rien de semblable du côté des traînées blanches, l'alopécie y est complète et la chaleur n'y amène aucun changement de la coloration.

Lorsqu'on vient à promener la main sur les parties atteintes, on sent que la peau est sèche, amincie et inégale; elle se laisse toutefois encore assez facilement plisser et ne présente pas d'adhérences solides ou étendues avec les parties profondes.

La sensibilité à la douleur est diminuée surtout au niveau des parties cicatricielles; il en est de même pour les autres sensibilités, au toucher, au froid et à la chaleur.

Pour nous rendre compte de l'état de la sécrétion sudorale, nous avons

tout d'abord essayé les injections de pilocarpine; malheureusement, nous n'avons pu produire ainsi de sueurs bien marquées et l'effet du médicament s'est borné à une sialorrhée abondante. En présence de cet insuccès, nous nous sommes contentés alors de faire exécuter un peu d'exercice au malade et nous avons examiné sa sécrétion à l'aide du papier de tournesol et du papier au nitrate d'argent. L'expérience a été très concluante surtout avec cette dernière méthode, la sécrétion sudorale est manifestement diminuée.

Plusieurs examens histologiques attentifs ne nous ont pas permis de déceler de champignons soit dans les squames, soit dans les cheveux recueillis à la surface des plaques.

En résumé, nous nous trouvons en présence d'une affection chronique, indolente, non parasitaire, ayant déterminé des troubles profonds dans la nutrition, la structure et fonctions principales de la peau. Cette affection répond en tout point à la description que les auteurs donnent de la sclérodermie disséminée ou en plaques.

Comme traitement, nous avons donné de l'huile de foie de morue et de l'arsenic à notre malade; localement, nous avons prescrit le massage et les courants continus; nous avons tenu ainsi à essayer le traitement conseillé par les auteurs, sans compter toutefois beaucoup sur son efficacité.

RÉFLEXIONS

La sclérodermie a été bien décrite dans les ouvrages classiques et dans les thèses de Heurteloup (1865), de Lagrange (1874), de Bouttier (1886). C'est une affection rare surtout chez l'homme, et il a fallu l'heureux concours des coïncidences chirurgicales pour nous en faire rencontrer ainsi plusieurs cas.

La localisation au cuir chevelu peut surtout être considérée comme une exception. Dans la thèse de Bouttier, sur 21 observations, on ne trouve que deux cas où l'affection atteignait cette portion du tégument; dans un seul cas, elle y était limitée comme dans notre observation III.

Avant d'observer le soldat B..., notre attention avait été attirée sur la sclérodermie par M. le Dr Cordier, chirurgien-major de l'Antiquaille, qui avait longuement insisté à sa clinique sur cette affection curieuse en présentant le malade qui fait le sujet de la deuxième observation.

L'étiologie et la pathogénie de la sclérodermie sont peu connues; n'ayant devers nous aucun examen histologique de la peau affectée, nous n'entrerons pas dans la discussion. Toutefois, en présence des troubles de sensibilité en présence des troubles de sécrétion si nets dans nos trois observations, nous verrions là volontiers des lésions se rapprochant des troubles trophiques et en tout point analogues à ces vergetures survenant à la suite des fièvres graves, sans qu'il y ait de distension qui puisse les expliquer.

Le traitement de l'affection qui nous occupe est absolument nul comme toutes les fois que nous manquons de données étiologiques certaines. Le diagnostic seul jusqu'à présent offre un peu d'intérêt et mérite de fixer notre attention.

Il faut savoir différencier la sclérodermie des affections qui lui ressemblent, il faut distinguer les diverses sortes de sclérodermies entre elles.

Diagnostic de la sclérodermie avec les affections similaires. 1° Au front. — Nous n'avons pas à envisager ici, comme nous pourrions avoir à le faire pour d'autres régions, et le pityriasis versicolor et la syphilide pigmentaire, ces maladies ne se rencontrent pas au front. En revanche, nous devons nous occuper des éphélides, des kéloïdes, du vitiligo et de certaines manifestations de la lèpre.

Toutes ces affections diffèrent par bien des détails de la sclérodermie; de plus, elles ont toutes une caractéristique qui leur imprime un cachet spécial et permet de les reconnaître même dans un examen rapide.

Les taches des éphélides résistent à la pression, et il n'y a pas la plus légère desquamation.

Le vitiligo consiste seulement dans des troubles de la pigmentation.

De plus, dans ces deux genres d'affection, la structure de la peau n'est pas altérée comme dans la sclérodermie.

Les kéloïdes donnent une peau molle, en saillie, qui rappelle les cicatrices des tuberculeux.

Enfin, à côté des macules de la lèpre qui peuvent prêter à confusion, on rencontre des tubercules, et il y a, dans ce cas, une hyperesthésie ou une anesthésie plus complètes.

2° *Au cuir chevelu.* — Lorsque l'affection est limitée au cuir chevelu comme chez notre malade de l'observation III, le diagnostic s'impose avec les diverses alopécies en aires, c'est-à-dire avec la teigne faveuse, la pelade et l'herpès tonsurant.

Ces trois affections comportent un parasite; toutefois, dans les deux dernières, il est difficile à trouver, et l'on doit surtout recourir aux caractères cliniques qui suffisent pour établir la différence avec la sclérodermie.

L'odeur, la couleur, la forme spéciale des godets, les ulcérations, font de suite penser à la teigne faveuse.

La teinte uniformément rouge de la plaque, la présence ailleurs d'herpès circiné caractérisent la trichophytie du cuir chevelu qui ne se rencontre jamais chez l'adulte.

L'affection qui pourrait être le plus facilement confondue avec la sclérodermie est la pelade. Si l'on veut toutefois se donner la peine d'observer avec attention, l'on verra que les symptômes sont tout à

fait différents. Dans le cas de sclérodermie, la teinte de la plaque n'est pas uniforme, certaines parties sont blanches, d'autres sont foncées, il y a des troubles marqués de la calorification, de la sensibilité et de la sécrétion sudorale; enfin, au toucher, on sent des inégalités souvent déjà très appréciables à la vue. Dans le cas de pelade, au contraire, la calvitie est complète, le fond de la plaque est uniformément blanc, et la *douceur* des téguments est caractéristique.

Diagnostic différentiel des sclérodermies entre elles. — Le diagnostic des diverses sclérodermies entre elles est plus délicat, il est heureusement moins utile.

La sclérodermie pure doit être différenciée de la xérodermie et de la morphée.

La sclérodermie pigmentée de Kaposi et de Wilson commence dans l'extrême jeunesse; la peau, au niveau des lésions, présente des varicosités d'abord, plus tard des rhagades, des fissures, excellent terrain pour l'épithélioma. La sclérodermie vraie débute le plus souvent dans l'adolescence, et l'on n'y voit jamais d'ulcérations.

La morphée rangée dans la sclérodermie par Bouttier et plusieurs auteurs est plus symétrique, ses limites sont moins étendues et plus précises. Mais ce qui la différencie surtout, ce sont les douleurs du début, et l'hyperémie de la plaque entourée d'une sorte d'auréole violacée appelée *lilac-ring* par les dermatologistes anglais.

Le diagnostic différentiel dont nous venons d'esquisser les principaux traits n'est pas inutile, puisqu'il permet d'éliminer surtout les affections contagieuses du cuir chevelu. Il empêchera le médecin de perdre son temps et ses efforts, il évitera au malade les ennuis d'un isolement et d'un traitement parasiticide qui n'aurait aucune chance de réussir en pareille circonstance.

Ajoutons que le diagnostic d'une affection aussi rare n'est jamais une chose facile, et l'on ne parviendra le plus souvent à l'établir qu'en procédant par voie d'élimination; en tout cas, il faudra bien regarder et bien voir, et se souvenir une fois de plus que c'est l'œil qui fait le diagnostic en dermatologie.

REVUE DES THÈSES DE DERMATOLOGIE

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891

Rossignol. — De l'intoxication iodoformique à la suite de pansements iodoformés ou de l'usage prolongé de l'iodoforme à l'intérieur (13 novembre 1890).

Cette thèse contient un résumé court, sans données nouvelles, des symptômes de l'intoxication iodoformique; ses symptômes cutanés en particulier sont très sommairement exposés. Pas d'observations inédites; mais seulement le sommaire d'une expérience faite sur un chien, expérience dans laquelle il n'est pas question de lésions cutanées.

Grémaud. — De l'influence de l'antisepsie intestinale sur quelques éruptions médicamenteuses (21 mai 1891).

L'auteur reproduit 33 observations recueillies dans le service de Féré à Bicêtre, et ayant trait à des sujets atteints d'éruptions consécutives à l'emploi des bromures et du borax. Il tire de ces observations les conclusions suivantes : l'usage interne de certains médicaments, du bromure de potassium et du borax en particulier, détermine des éruptions cutanées qui coïncident fréquemment avec des troubles gastro-intestinaux. Il est des cas où ces dermatoses résistent à tous les procédés thérapeutiques et où la suppression du médicament qui les a produites et qui les entretient amène seule leur disparition; mais cette suppression est souvent préjudiciable à la guérison de la maladie qui a nécessité l'emploi du médicament. L'antisepsie intestinale permet, dans une certaine mesure, de continuer l'administration du médicament, en empêchant les éruptions médicamenteuses de devenir un obstacle à l'emploi des divers agents thérapeutiques. L'administration journalière de 4 grammes de naphtol β et de 2 grammes de salicylate de bismuth a permis aux malades présentant des éruptions dues au bromure de potassium et au borax de continuer l'usage de ces médicaments qui, dans aucun cas, n'ont dû être suspendus. Des doses plus fortes ont même pu être administrées. Les résultats cliniques de l'antisepsie intestinale ont été les suivants : amélioration rapide de l'état gastro-intestinal, disparition ou atténuation des lésions cutanées, augmentation des effets thérapeutiques du bromure de potassium et du borax. L'administration des antiseptiques, même prolongée pendant plusieurs mois, n'a dé-

terminé chez les malades aucun inconvénient appréciable. Les diurétiques, les purgatifs, les arsenicaux et surtout les soins de propreté de la peau, les bains fréquents, sont des adjuvants utiles de l'antisepsie intestinale dans la prophylaxie et le traitement des éruptions bromiques et boriques.

R. Sebillotte. — Intoxications par le sublimé corrosif chez les femmes en couches (25 juillet 1891).

De cette thèse très importante au point de vue de l'étude des applications du sublimé aux accouchements et des accidents qui peuvent en résulter, thèse qui est inspirée de l'enseignement du professeur Tarnier, nous n'avons à signaler ici que le chapitre qui a trait aux éruptions provoquées par l'intoxication mercurielle consécutive aux injections vaginales ou intra-utérines de sublimé.

Dans les intoxications légères, l'éruption peut être le seul symptôme, ou bien elle s'accompagne de stomatite et de diarrhée. Elle débute le plus souvent par la face supéro-interne des cuisses, au voisinage des organes génitaux, qui sont en contact avec les solutions de sublimé; elle est formée au début par des taches rouges, lenticulaires, à contours nets, ne faisant ordinairement aucune saillie; puis elle se généralise, envahissant d'abord l'hypogastre et les faces interne et antérieure des cuisses, puis remontant sur la poitrine, en même temps qu'elle envahit la partie interne des jambes et finalement s'étendant aux membres supérieurs pendant qu'elle atteint la face externe des jambes et des cuisses; elle respecte le visage et presque toujours les mains et les pieds. Les taches peuvent rester isolées et discrètes et offrent l'aspect de celles de la rougeole ou de l'urticaire; le plus souvent elles s'étendent, deviennent confluentes et forment de larges nappes scarlatiniformes. L'éruption marche par poussées successives et se recouvre rarement de petites vésicules. Elle disparaît en 4 à 10 jours, laissant après elle la peau sèche et légèrement rugueuse, quelquefois une desquamation furfuracée. Le développement de bulles est exceptionnel.

Dans les formes graves, il est fréquent de voir des démangeaisons qui s'accompagnent quelquefois de taches érythémateuses ou de larges plaques à contours sinueux et irréguliers, débutant par les extrémités et la face avant de gagner l'abdomen et la poitrine.

L'auteur a reproduit, dans trois belles planches chromolithographiques, les différentes phases de l'éruption présentée par une des malades dont il donne l'observation.

L. Roux. — Huile de chaulmoogra et acide gynocardique; étude chimique et thérapeutique; leur emploi dans le traitement de la lèpre (12 décembre 1890).

L'auteur étudie au point de vue chimique l'huile de chaulmoogra, dont il a fait des analyses très soignées. Il donne des procédés nouveaux d'isolement des acides (palmitique, gynocardique, hypogéique, coccinique) qui entrent dans sa composition. Les préparations qui se trouvent dans le

commerce sous le nom d'acide gynocardique sont très impures; les procédés découverts par M. Roux permettent d'obtenir cette substance à l'état de pureté absolue.

L'acide gynocardique pur est soluble dans l'alcool et dans l'éther, il est faiblement teinté en jaune et a une odeur non désagréable d'huile de chaulmoogra; il a pour formule $C^{14} H^{24} O^2$. Il est beaucoup mieux supporté par les malades que l'huile de chaulmoogra qui détermine fréquemment des nausées et des vomissements, surtout lorsque les malades ne sont pas accoutumés à son emploi, de sorte que beaucoup de malades refusent d'en continuer l'usage. L'acide gynocardique, au contraire, ne détermine pas de troubles digestifs même lorsqu'on le donne d'emblée à doses élevées et son action sur la lèpre paraît aussi favorable que celle de l'huile de chaulmoogra. M. Roux l'a administré pur, sans qu'il survînt aucun phénomène d'intolérance, à la dose de 3 grammes qui représente 17 grammes ou 715 gouttes d'huile de chaulmoogra. Il croit préférable de l'employer soit sous forme de sel, soit sous forme de savon. Lorsqu'on l'emploie pur, on fait des capsules contenant 20 centigrammes d'acide gynocardique et on administre la dose quotidienne en deux fois avant le repas; on peut encore prescrire des capsules contenant 20 centigrammes de gynocardate de soude, et donner deux fois par jour avant le repas de 5 à 10 de ces capsules, ou encore chaque jour de 5 à 20 pilules contenant chacune 20 centigrammes de gynocardate de magnésie et 5 centigrammes d'extrait de gentiane.

C. Ménos. — La lèpre au point de vue de la contagion (17 décembre 1890).

L'auteur a réuni les diverses pièces du procès, si souvent instruit dans ces dernières années, de la contagion de la lèpre. Il a eu surtout en vue les faits postérieurs au traité de Leloir et il ajoute aux observations publiées quelques faits personnels recueillis dans les hôpitaux de Paris, qui n'éclairent pas la question d'une bien vive lumière. Il conclut à la contagion de la lèpre et à la nécessité d'un isolement sagement exécuté des lépreux dans tous les pays où la maladie est endémique ou épidémique.

A. Peltier. — De la lèpre en Nouvelle-Calédonie (29 janvier 1891).

Cette thèse fait pour ainsi dire suite à un travail de M. Forné sur la contagiosité de la lèpre (voir *Annales de Dermatologie*, 1890, p. 901). La lèpre est surtout transmise dans notre colonie par les Canaques, elle ne s'observe que chez les transportés; cependant l'auteur a eu connaissance de l'arrivée récente en France d'un homme libre qui avait contracté cette maladie en Nouvelle-Calédonie. Deux observations, dont l'une est empruntée au mémoire de M. Forné et dont l'autre a trait à une femme originaire du département de la Loire atteinte de lèpre sept ans après son arrivée en Calédonie, terminent cette thèse. L'auteur insiste sur la nécessité de l'isolement

des lépreux et de la surveillance des Néohébridais qui immigrent en Nouvelle-Calédonie où ils peuvent transmettre la lèpre; il recommande de faire subir un examen médical sévère à ceux de ces émigrants canaques que l'on emploie comme domestiques et comme travailleurs. Enfin il demande, et ce n'est que justice, que les médecins chargés de cette surveillance aient fait une étude sérieuse de la lèpre afin de pouvoir l'exercer avec compétence.

C. Cachera. — Contribution à l'étude de l'érysipèle à répétition (7 janvier 1891).

L'auteur rapporte 4 observations inédites d'érysipèle à répétition. Il insiste surtout sur ce fait que la récidive part presque toujours du même point. Une de ses observations est intéressante en raison de la constatation, faite par M. Parmentier, de la persistance du streptococcus erysipelas, dans l'intervalle de deux attaques d'érysipèle, au niveau du cul-de-sac conjonctival inférieur, chez une femme qui depuis un an avait chaque mois un érysipèle débutant toujours par l'angle interne de l'œil.

M. Durand. — Étude historique et critique sur la scarlatine puerpérale (19 février 1891).

Ce travail volumineux et consciencieux est un exposé très complet de tout ce qui a été écrit sur la question encore obscure des rapports de la scarlatine chez les femmes en couches et des pseudo-scarlatines par infection puerpérale. On y trouvera réunies les opinions des auteurs qui se sont occupés de la question et des résumés très étendus de toutes les observations publiées. C'est dire l'importance de ce travail pour tous ceux qui voudront entreprendre des recherches sur le même sujet.

L'auteur conclut des observations qu'il a recueillies dans les auteurs et de cinq faits inédits que certaines formes de la fièvre puerpérale peuvent offrir une grande analogie de symptômes avec la scarlatine et que le diagnostic différentiel est surtout éclairé par l'étiologie, l'état épidémique, la contagion et les atteintes antérieures de scarlatine. D'autres formes de la fièvre puerpérale ont des ressemblances moins étroites avec la scarlatine et en diffèrent par la marche moins régulière, la durée plus longue de l'éruption, la fréquence des récidives, une desquamation moins marquée, l'absence presque constante d'angine et de complications rénales. Ce diagnostic différentiel n'offre qu'un intérêt secondaire en ce qui concerne le traitement, car dans les deux affections il faut faire la même antisepsie rigoureuse des organes génitaux. Il n'en est pas de même pour la prophylaxie et, s'il s'agit de scarlatine, les enfants devront être encore plus rigoureusement isolés de la malade.

V. Fouré. — De la chromidrose, chromocrinie partielle et cutanée de M. Le Roy de Méricourt (19 février 1891).

Cette thèse, entreprise à propos d'un cas de sueurs colorées en rouge par la teinture d'un édredon dont le malade se couvrait, ne renferme aucune observation ni aucune donnée nouvelle. Elle est consacrée à l'exposé de l'historique, déjà bien souvent fait, de la question de la chromidrose au sujet de laquelle l'auteur admet presque entièrement les idées de M. Le Roy de Méricourt; il divise la chromidrose en chromidrose rouge et chromidrose bleue ou noire, la rouge étant due à la présence d'un microbe chromogène, le micrococcus prodigiosus, et la bleue à l'oxydation de l'indican éliminé par les glandes de la peau. Un index bibliographique très détaillé termine ce travail.

J. Bengué. — Contribution à l'étude des œdèmes rhumatismaux (18 mars 1891).

L'auteur a recueilli deux faits d'œdèmes survenus en même temps que des taches érythémateuses chez des sujets atteints de manifestations articulaires plus ou moins prononcées et considère ces deux observations comme des exemples d'œdème rhumatismal. Il part de ces faits très contestables pour reprendre l'étude de la question toujours passablement obscure des œdèmes rhumatismaux, et reproduit, sans discussion et sans critique, tous les faits et toutes les assertions des auteurs qui ont cherché à établir la réalité de cette cause d'œdème.

G. Longueville. — Du polymorphisme des manifestations tuberculeuses de la peau (4 juin 1891).

A propos d'une observation dont M. Barié a déjà relaté la première partie (*Bullet. de la Soc. médicale des hôpitaux*, 1887, p. 293 et 398) et qui a trait à un malade atteint simultanément de gommes tuberculeuses sous-cutanées et de plaques de tuberculose verruqueuse, l'auteur insiste sur la présence chez un même sujet de lésions tuberculeuses de la peau d'aspects très différents; des faits analogues se rencontrent dans un certain nombre des observations de tuberculose cutanée déjà publiées par divers auteurs.

H. Angibaud. — Contribution à l'étude de la tuberculose verruqueuse de la peau (15 juillet 1891).

L'auteur de cette thèse donne une description assez complète de la tuberculose verruqueuse et en expose avec détails le diagnostic et le traitement. A propos du diagnostic, il semble regarder certaines variétés de périfolliculites subaiguës décrites par Quinquaud et Pallier comme des formes de tuberculose verruqueuse et il admet comme démontrée l'assimilation

entre le tubercule anatomique et la tuberculose verruqueuse. Il joint à sa thèse cinq observations inédites de tuberculose verruqueuse qui présentent quelques particularités remarquables : dans la première, la lésion occupait le côté gauche du cou et semblait consécutive à une coupure de rasoir chez un sujet atteint de tuberculose pulmonaire; dans la deuxième, la plaque verruqueuse s'était développée au niveau de l'olécrâne ; dans la troisième, il s'agit d'une localisation classique à la main (index gauche); dans la quatrième, une plaque de tuberculose verruqueuse occupait le côté gauche du cou, à la suite d'une adénopathie tuberculeuse suppurée, en même temps qu'une lésion également verruqueuse s'était développée au voisinage de l'orifice externe d'une fistule anale, chez un sujet atteint de tuberculose pulmonaire; dans la cinquième, l'altération cutanée était consécutive à l'ouverture d'un spina ventosa du premier métacarpien de la main gauche.

Dans trois de ces cas, l'examen histologique des tissus malades a été fait par M. Darier qui a constaté la présence de lésions manifestement tuberculeuses, avec prédominance des altérations dans la couche papillaire du derme; le derme était le siège dans un cas d'une infiltration embryonnaire, dans un autre d'une sclérose manifeste, ce qui semble dû à des variétés dans le degré ou peut-être dans l'ancienneté des lésions plutôt qu'à une différence essentielle dans le processus. La recherche des bacilles a été infructueuse dans un cas; dans un autre cas, elle a donné un résultat positif, mais seulement après l'examen de nombreuses coupes. Quant à l'inoculation péritonéale faite à deux cobayes, elle a donné lieu au développement d'une tuberculose à marche remarquablement lente et à localisation principalement ganglionnaire avec envahissement viscéral peu prononcé, comme il arrive pour les tuberculoses peu virulentes. Darier pense que l'hypertrophie épidermique dans cette forme n'est pas dû au siège des lésions, plus superficiel que dans le lupus, mais à une irritation de l'épiderme dont la cause reste indéterminée.

G. Roussel. — De l'actinomycose chez l'homme en France; deux nouvelles observations (21 juillet 1891).

L'auteur relate dans sa thèse les deux observations, déjà publiées à plusieurs reprises, de M. Doyen et expose les résultats des examens microscopiques et des cultures du champignon rencontré dans ces deux cas. Il insiste sur l'utilité des recherches microscopiques pour le diagnostic de certaines affections à caractères obscurs ou ambigus.

E. Barjon. — Prurigo et prurit (21 juillet 1891).

Cette thèse est basée sur 31 observations inédites recueillies pour le plus grand nombre dans le service de M. Tenneson. L'auteur pense qu'on doit, suivant la définition donnée par le professeur Hardy, distinguer le prurigo affection papuleuse accompagnée de démangeaison, du prurit, affection prurigineuse sans lésion anatomique visible de la surface cutanée. Il y a

un prurigo, maladie spéciale et indépendante, séparée par Hebra des autres affections prurigineuses, c'est le lichen agrius des anciens auteurs ou prurigo de Hebra, dont le pronostic est loin d'être aussi grave, au moins en France, que ne l'ont dit Hebra et ses élèves. Un certain nombre de prurigos, dont la cause est inconnue et dont les symptômes et la marche se rapprochent de ceux du prurigo de Hebra, méritent d'être considérés comme des formes atypiques de cette maladie. Ces cas diffèrent des nombreux prurigos dont on connaît la cause, prurigos secondaires à des états morbides divers, irritations cutanées venues du dedans ou du dehors (diabète, ictère, intoxications, gale, phthiriase, etc.). Ces mêmes états morbides occasionnent tantôt un prurigo avec papules, tantôt un prurigo sans papules, un prurit, local ou généralisé. Certains prurits, n'ayant aucune cause déterminante connue, paraissent, par leur marche chronique et leur évolution, se comporter comme le prurigo de Hebra, surtout dans ses formes atypiques. Toutes ces affections, prurigo de Hebra, prurigos secondaires, prurits secondaires ou primitifs, sont dominés par une cause générale, une prédisposition morbide, un déséquilibre des fonctions de la peau, se manifestant dans sa sensibilité et dans sa structure anatomique : cette cause échappe au même titre que celles qui dominent les diverses névroses ou les affections cutanées puisant véritablement leur origine dans un trouble du système nerveux central, comme le psoriasis, l'ichthyose, le pemphigus, l'eczéma. Quand la cause occasionnelle ou déterminante du prurigo ou du prurit est connue, le traitement doit être dirigé contre elle. Dans tous les cas, l'enveloppement avec le caoutchouc ou l'application de colles sur la peau, en supprimant les réflexes cutanés, est, ainsi que l'a surtout montré M. Tenneson, le moyen par excellence pour calmer la démangeaison ou la faire disparaître pour un temps variant de quelques jours à plusieurs mois.

G. Duprey. — Considérations sur l'impétigo et certaines de ses localisations chez l'enfant (24 juillet 1891).

Cette thèse est surtout consacrée à la démonstration de ce fait, devenu aujourd'hui presque banal, que l'impétigo coïncide fréquemment avec des suppurations diverses, abcès, dactylites, otites, coryzas, etc., toutes dues à l'action des mêmes micro-organismes pyogènes qui produisent l'impétigo lui-même ; mais c'est sans aucun doute un vice de langage de donner avec l'auteur à ces suppurations le nom de « localisations impétigineuses », car elles précèdent souvent l'affection cutanée et peuvent se produire en dehors de celle-ci. Cette dénomination s'applique au contraire avec raison aux lésions des muqueuses oculaire, buccale et vulvaire qui se traduisent initialement par le développement de vésico-pustules analogues à celles de la peau. Dans trois des cas dont il rapporte les observations, l'auteur a examiné le pus des lésions cutanées et a rencontré constamment des staphylocoques.

P. Mathieu. — Psoriasis atypiques, leur interprétation, leurs rapports avec l'eczéma, leur traitement (25 juillet 1891).

L'auteur rapporte, d'une façon trop sommaire, quatre observations recueillies dans le service de M. Tenneson. Ces observations ont trait à des cas où le diagnostic, hésitant entre le psoriasis et l'eczéma, ne pouvait être porté catégoriquement : l'auteur en tire cette conclusion que dans certaines affections atypiques, formes hybrides résultant d'un mélange informe des deux lésions, il est impossible de déterminer si l'on se trouve en présence du psoriasis ou de l'eczéma, et que l'hésitation persistera tant que le microscope ne fournira pas des caractères différentiels. Dans ces cas douteux, on doit recourir au traitement de l'eczéma et non à celui du psoriasis.

Georges Thibierge.

REVUE DES PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Cancroïde traité par la pyoktanine. — v. Sehlen. Heilung eines Falles von Kankroid der Wange durch Pyoktanin (*Monatshefte für prakt. Dermatologie*, 1891, t. XII, p. 515).

Dans la séance du 29 avril de cette année de l'association médicale de Hanovre on a présenté un cas de cancroïde ulcéré de la face, guéri par l'emploi de la pyoctanine.

Le malade, vieillard de 70 ans, vint consulter pour une tumeur ulcérée de la dimension d'une pièce de 50 centimes, située au milieu de la joue droite, laquelle s'étendait jusqu'aux os, sans y adhérer, sous forme d'une nodosité dure, inégale. Pas d'engorgement des ganglions cervicaux : état général bon.

L'affection s'était développée lentement et sans provoquer de douleurs à la place d'une petite cicatrice. L'examen microscopique d'une particule de tissu montra qu'il s'agissait bien d'un carcinome.

Le traitement par la résorcine, continué durant plusieurs semaines, ne détermina aucune tendance à la guérison; l'ulcération s'agrandit au contraire considérablement. En présence de ces résultats peu satisfaisants, on eut recours à la pyoctanine, et on l'appliqua en substance sur la plaie.

Au début, l'application était excessivement douloureuse, de sorte que pour atténuer la douleur on eut recours à des applications passagères d'antipyrine et de cocaïne. On eut recours aussi à l'emplâtre d'ichthyol et la colle de zinc. En renouvelant le pansement, on tamponna la surface de avec de la poudre d'iodoforme et d'acide borique; la sensibilité diminua l'ulcère notablement.

Au bout de cinq jours la sécrétion avait beaucoup diminué, l'ulcère s'était aplati et rétréci. La base de l'ulcère présentait une teinte violet foncé persistante, par conséquent il suffit de renouveler le pansement deux fois par semaine et plus tard une seule fois. La cicatrisation se faisait graduellement; de la base de l'ulcère se détachaient à chaque pansement des masses sèches, friables, bleu foncé, qui, au microscope, étaient constituées par des amas de cellules à caractère épithélioïde. En même temps l'induration diminuait de sorte que, au moment où l'on présenta le malade, on ne pouvait reconnaître l'affection primitive qu'à une légère cicatrice colorée qui n'était séparée des parties saines que par un liséré peu saillant.

A. Doyon.

Ecthyma térébrant. — EDVARD EHLERS. Deux cas d'ecthyma térébrant des enfants. Maladie pyocyanique chez l'homme (*Hospitalstidende*, Copenhague, mai 1890).

Jusqu'aujourd'hui, on n'a jamais constaté que le bacille pyocyanique pût provoquer chez l'homme d'autre phénomène que la formation du pus bleu, c'est-à-dire un phénomène exclusivement local. Par contre, il est acquis qu'il est pathogène envers plusieurs espèces animales, mais seulement quand il a été inoculé sous la peau ; des inoculations sous-cutanées n'ayant été jamais faites chez l'homme, on ne sait s'il possède chez celui-ci une action pathogène.

M. Ehlers a observé à l'hôpital communal de Copenhague deux cas d'ecthyma térébrant, développés au cours d'une affection généralisée très grave, rappelant la fièvre typhoïde ou la méningite cérébro-spinale.

L'un des cas se termina par la mort, et l'autopsie démontra nettement qu'il ne s'agissait d'aucune de ces maladies, de sorte qu'on était forcé de mettre le diagnostic en suspens ou bien de se contenter du diagnostic symptomatique d'ecthyma térébrant. Les deux malades étaient frère et sœur, vivaient dans les mêmes conditions, étaient tombés malades à peu près en même temps et présentaient, pour ainsi dire, les mêmes symptômes cliniques, quoique atténués chez la sœur.

Dans le premier cas, avant la mort de l'enfant, M. Ehlers prit des cultures de la sécrétion des pustules ecthymateuses, et, sept heures après la mort de l'enfant, avec toutes les précautions d'usage, il fit des cultures du sang du cœur et ne trouva dans les deux qu'une seule bactérie, qui était le bacille pyocyanique, ainsi que le démontrèrent à la fois l'examen microscopique et les réactions chimiques indiquées par Gessard.

D'après le tableau clinique de la maladie, M. Ehlers soupçonne l'identité ou la proche parenté avec l'ecthyma térébrant des enfants de Lailler et Fournier.

Dans les deux cas observés par l'auteur, il s'agissait d'une maladie aiguë, fébrile et sans doute infectieuse (le frère fut attaqué peu de temps après la sœur), se manifestant par des symptômes graves et typhoïdes : prodromes fébriles, diarrhée profuse, symptômes nerveux prononcés et notamment prostration, tuméfaction de la rate, issue mortelle dans l'un des cas, chute critique de la température dans l'autre.

Dès le début, il y avait dans les deux cas des symptômes prononcés de bronchite et de broncho-pneumonie. Mais ni les caractères cliniques ni les lésions trouvées à l'autopsie n'autorisent à en faire la caractéristique principale de la maladie.

Ces symptômes passèrent bientôt au second rang; puis, en même temps que les malades avaient une fièvre continue de 39 à 40 degrés et du météorisme abdominal, survint environ vers le onzième jour une éruption qui se répandit rapidement sur le tronc et la partie antérieure des membres. L'éruption n'atteignit pas son maximum à une date déterminée; mais dans le premier cas elle continua à se développer jusqu'à la mort, de sorte qu'on peut l'observer à la fois à ses différentes périodes.

L'éruption présenta à son début et passagèrement un aspect roséolique et puis se transforma rapidement en pustules d'ecthyma, qui se rompirent; il en résulta une petite ulcération, ayant pour caractère particulier une forte différence dans la coloration de ses zones externes et internes, différence due à la présence de zones concentriques constituées :

1° Par la nécrose; 2° par l'infiltration hémorrhagique bleue; 3° par l'infiltration inflammatoire ordinaire avec sa coloration rouge.

On peut soupçonner que le bacille pyocyanique était réellement la cause de la maladie, mais on ne peut malheureusement pas l'affirmer. Les symptômes morbides étaient trop graves pour qu'on osât pratiquer une inoculation sur un individu sain. Mais une comparaison avec les symptômes décrits par Charrin, dans la maladie pyocyanique du lapin (adynamie, perte d'appétit, amaigrissement, somnolence, puis fièvre, diarrhée, albuminurie, tuméfaction de la rate et convulsions terminales) parlent en faveur de cette idée.

L'entérite, qui est le symptôme le plus constant chez les animaux atteints de la maladie pyocyanique, était très prononcée chez les enfants, et en outre on retrouvait chez eux tous les symptômes signalés par Charrin, excepté l'albuminurie que l'on n'a pu rechercher parce que les malades urinaient sous eux.

Les troubles moteurs spasmodiques et paralytiques signalés par Charrin avaient pour analogues chez les enfants la torpeur, la raideur et les convulsions des membres qui avaient fait penser à la possibilité d'une lésion cérébro-spinale.

GEORGES THIBIERGE.

Maladie pyocyanique. — ŒTTINGER. Un cas de maladie pyocyanique chez l'homme (*Semaine Médicale*, 22 octobre 1890, p. 385).

Jeune homme de dix-huit ans, atteint d'une fièvre typhoïde bénigne et régulière parvenue au dix-neuvième jour et dont la convalescence semblait proche; la température, qui s'était abaissée à 37°4 le matin et 38°8 le soir, remonte à 39°4, 39°6, 40°4, la diarrhée reparaît et on croyait à une rechute lorsqu'on constate une éruption de bulles de dimensions variables occupant le scrotum, la région pubienne, le pli inguino-crural et la face inférieure de la verge; ces bulles, variant de la dimension d'une petite lentille à celle d'une grosse noisette, sont remplies d'un liquide opalin, mais prennent bientôt une teinte hémorrhagique et violacée; leurs bords sont épaissis et le derme qui les entoure est infiltré d'un exsudat sanguin; plusieurs bulles sont confluentes et atteignent par leur réunion les dimensions d'une pièce de 5 francs. Ces bulles déterminent des douleurs très vives. Elles se rompent bientôt et on trouve à leur place une surface ulcérée recouverte d'une plaque blanchâtre, diphthéroïde, véritable infiltration fibrineuse du derme; à la périphérie, il se forme un sillon d'élimination et la partie profonde, escharifiée, s'élimine peu à peu sous la forme de lambeaux blanchâtres d'apparence filamenteuse et d'odeur manifestement gangreneuse. Après l'élimination de l'eschare, il reste des ulcérations de 1 à 2 millimètres de profondeur, à bords irréguliers, déchiquetés, parfois décollés, infiltrés de sang, dont la largeur varie de celle d'une pièce de 50 centimes à celle d'une pièce de 5 francs. Ces ulcérations, très douloureuses, se cicatrisent avec une extrême lenteur. Les phénomènes généraux (faiblesse, prostration, langue sèche, albuminurie, diarrhée peu abondante, élévation de température), qui avaient précédé l'apparition de l'éruption, commencent à diminuer quarante-huit heures après celle-ci et disparaissent rapidement.

Les bulles renfermaient le bacille pyocyanique, à l'exclusion de tout autre mi-

cro-organisme : son existence a été déterminée par l'examen microscopique, par les caractères des cultures et par les résultats de l'inoculation aux animaux.

Il convient de rapprocher des observations de MM. Ehlers et Œttinger, bien que la symptomatologie en ait été complètement différente, un fait cité par Neumann (de Berlin), dans un mémoire intitulé : *Fall von Melœna (neonatorum mit Bemerkungen über die hämorrhagische Diathese Neugeborener Archiv für Kinderheilkunde*, 1890, p. 540); il s'agit, dans ce fait, d'un enfant de seize jours chez lequel, outre des phénomènes viscéraux et en particulier des hémorrhagies intestinales, l'infection pyocyanique se traduisit par des pétéchies cutanées. A l'autopsie, on constata la présence du bacille pyocyanique dans les viscères. GEORGES THIBIERGE.

Eczéma. — GEORGE T. ELLIOT. Eczema seborrhoïcum (*The New-York medical Journal*, p. 174, 14 février 1891).

L'auteur étudie, dans un long article des plus soignés, l'eczéma séborrhéique d'Unna dont il adopte toutes les idées. Sur 815 cas d'eczéma qu'il a observés depuis le mois d'octobre 1887 il a noté 232 cas d'eczéma séborrhéique, 149 chez des femmes et 83 chez des hommes. La description qu'il donne de cette affection en s'appuyant sur ses documents personnels est identique à celle du dermatologiste de Hambourg. Nous engageons vivement ceux qui voudront s'occuper de cette question à lire et à méditer soigneusement la discussion vraiment ingénieuse et savante du Dr Elliot sur la vraie nature du pityriasis capitis. L. B.

Eruptions eczémateuses. — MARTINEZ BURZACO. Algunas consideraciones acerca de las dermatitis eczematosas (*Anales de la Asistencia publica*, Buenos-Ayres, 1891, p. 557).

L'auteur résume son travail de la façon suivante :

1° Tout élément irritant appliqué sur la peau, qu'il provienne de l'extérieur ou de l'intérieur, est une cause suffisante d'eczéma. 2° Les diathèses ou états constitutionnels ne sont que des causes prédisposantes, soit parce que les conditions organiques de la peau chez ces sujets, font qu'elle est peu résistante aux influences extérieures (lymphatisme), soit parce qu'il se produit dans l'organisme des substances nocives, qui, éliminées par la peau où elles séjournent plus ou moins longtemps, deviennent une cause d'irritation locale. 3° Non seulement il n'y a pas d'inconvénient à faire disparaître un eczéma lié à un état constitutionnel, mais au contraire le but de tout dermatologiste doit être de maintenir libres les fonctions éliminatrices de la peau. 4° En combattant l'état constitutionnel, on s'adresse non à l'eczéma, mais aux causes qui y prédisposent. 5° Le traitement est complexe et doit être en relation avec le cours de la maladie, sa période, sa forme, son intensité, et ne doit être en aucune façon exclusif. On doit surtout recommander des pommades, des solutions, des poudres comme jouissant de propriétés plus ou moins efficaces pour guérir l'eczéma; mais de même qu'aucune d'elles ne doit être absolument rejetée, de même aucune

ne doit servir exclusivement. L'eczéma reconnaît en effet des causes distinctes qu'il s'agit précisément de déterminer et en même temps il revêt des formes différentes. Là, comme toujours, il faut individualiser.

PAUL RAYMOND.

Erythrasma. — P. DE MICHELE. L'erythrasma e il suo parassita (*Giornale internaz. delle scienze mediche,* 1890).

L'auteur a étudié, sous la direction des professeurs T. de Amicis et O. v. Schrön, deux cas d'érythrasma nettement caractérisés au point de vue clinique. Il admet l'individualité nosologique de cette affection.

A noter que dans un des cas, il s'agit d'un homme dont la maladie remontait à vingt et un ans et qui ne l'avait néanmoins pas communiquée à sa femme.

Dans les deux cas, l'examen microscopique des squames, après dégraissement par l'alcool et action de l'acide acétique ou de la potasse caustique, a fait constater : 1° des amas considérables de mycélium à contours obscurs, très mince et très court, avec des ramifications intriquées qui en faisaient une sorte de filet à mailles de largeur variable, mais la plupart très fines; dans quelques-unes de ces mailles, des spores le plus souvent isolées, mais quelquefois groupées par 2, 3 ou plus; 2° des filaments minces, clairs, de longueur variable, pouvant atteindre des dimensions véritablement considérables, droits, flexueux ou courbés légèrement ou à angle droit, disséminés, ou groupés sans ordre ou affectant une disposition radiée, sans spores et sans gonidies. Cette seconde forme de parasite correspond sans aucun doute à la description donnée par Bizzozzero et Firket du leptothrix epidermidis.

Quant à la première forme, l'auteur ne croit pas que ce soit à elle que v. Bœrensprung et Burchardt ont donné le nom de microsporon minutissimum. Se basant sur les descriptions de ces auteurs, qui décrivent des filaments mycéliens plus ou moins longs, très minces, quelquefois articulés entre eux, accompagnés de spores plus ou moins groupées, ressemblant en petit au microsporon furfur, P. de Michele pense qu'ils ont décrit sous ce nom la deuxième forme parasitaire, c'est-à-dire le leptothrix : ce dernier est d'ailleurs plus facile à constater que la première forme dont la recherche nécessite l'emploi d'un mode de préparation spécial.

Les deux parasites se laissent imprégner par les mêmes matières colorantes, cependant le leptothrix se colore d'une façon plus intense et résiste mieux à la décoloration que le premier parasite. L'auteur recommande l'emploi des méthodes de coloration suivantes : solution aqueuse de gentiane à 1 p. 100 pendant deux à trois minutes, puis décoloration par l'acide acétique étendu et montage dans le baume après dessiccation; ou solution aqueuse concentrée de fuchsine pendant quatre ou cinq minutes, puis lavage à l'eau et action de l'acide acétique à 1/2 pour 100; ou solution hydro-alcoolique plutôt faible de gentiane ou de fuchsine pendant une à trois minutes, puis lavage soigné à l'eau distillée de façon à décolorer le fond; ou solution aqueuse concentrée de vésuvine pendant cinq à dix minutes

et lavage rapide dans l'alcool ordinaire; ou encore solution d'hématoxyline de Bizzozzero pendant quinze à vingt minutes et lavage dans l'eau distillée.

Les cultures des squames faites sur pomme de terre ont donné d'une part des colonies d'un rouge vineux sous forme de stries correspondant au trajet de l'aiguille, qui s'élargirent peu à peu les jours suivants de façon à couvrir toute la surface; en même temps se développèrent le long des sillons laissés par l'aiguille deux espèces de colonies, les unes formées de petits mamelons rouge brun, les autres de coloration blanc laiteux dont l'aspect peut faire croire à la dissolution de la pomme de terre. Ces dernières étaient constituées par le leptothrix epidermidis, qui dans les milieux liquides formait à la surface une sorte de patine blanchâtre et dans le fond un dépôt laiteux et sur l'agar des colonies arrondies d'un blanc d'ivoire. Les colonies rouges étaient formées par un champignon qui se développait sur la gélatine sous la forme de colonies arrondies de coloration brunâtre, et qui sur l'agar prenait le même aspect que sur la pomme de terre.

L'auteur a essayé de transmettre la maladie à des sujets sains en déposant sur leur peau les cultures de ces champignons; il a obtenu ainsi le développement dans la région inguinale de taches rouge brun analogues à celles de l'érythrasma et couvertes de squames dans lesquelles il n'a pas trouvé traces de leptothrix, mais seulement l'autre parasite qu'il décrit.

P. de Michele considère le leptothrix de Bizzozzero comme un hôte habituel de l'épiderme qui ne joue aucun rôle dans le développement de l'érythrasma. Au contraire, le parasite qu'il décrit en premier lieu et dont les cultures ont une coloration rouge ou brunâtre est l'agent pathogène de l'érythrasma : c'est lui qui mérite, d'après ses caractères morphologiques, le nom de microsporon minutissimum.

Voilà donc, sur la question controversée du parasite de l'érythrasma, une opinion nouvelle qui ne manquera pas de provoquer des recherches de contrôle et qui peut mettre d'accord la plupart des auteurs antérieurs.

GEORGES THIBIERGE.

Favus. — G. PERONI. Di un nuovo metodo pratico per curare la tigna favosa (*Giornale della R. Accademia di medicina di Torino*, janvier 1891, p. 33).

L'auteur recommande les pulvérisations d'acide acétique dans le traitement du favus : ces pulvérisations, qui dans un but prophylactique doivent être faites sur toute l'étendue du cuir chevelu, produisent d'abord une sensation de froid, puis sont suivies d'une hyperémie du cuir chevelu qui dure quarante-huit heures environ pour disparaître ensuite et être remplacée par une légère desquamation; on doit avoir soin de recouvrir les solutions de continuité d'un morceau de toile ou de flanelle enduit d'onguent de Hebra; lorsque ces solutions de continuité sont cicatrisées, on fait matin et soir un lavage avec de l'eau chaude et du savon au sublimé. On obtiendrait ainsi, dans un espace de temps variant de dix à quarante-cinq jours suivant l'ancienneté de la maladie, la guérison complète. L'auteur conseille cependant

de continuer encore pendant quinze jours après la guérison les pulvérisations d'acide acétique et les lavages à l'eau chaude et au savon de sublimé. Il cite quatre cas à l'appui de son dire; mais le traitement remonte à trois mois au plus et une observation aussi courte ne peut suffire à montrer la valeur d'une méthode thérapeutique quelconque du favus.

GEORGES THIBIERGE.

Favus. — J. ESTEVES. Tratamiento del favus por la resorcina (*Anales de la Asistencia publica*, Buenos-Ayres, 1891, p. 546).

Après avoir essayé dans le traitement du favus toutes les substances parasiticides recommandées, l'auteur recourut à la résorcine. Le procédé qu'il indique est le suivant : faire tomber les croûtes avec des onctions à l'huile ou des onctions émollientes; savonner au savon de goudron, puis lotionner avec une solution de bichlorure de mercure ou d'acide phénique, épiler et faire ensuite des applications d'un mélange de résorcine et d'huile d'amandes douces dans la proportion de 1 pour 8. Il ne faut raser le cuir chevelu que lorsque le traitement est terminé de façon que l'observation soit plus facile. L'auteur cite l'exemple de quelques malades atteints de favus squarreux étendu à une grande partie du cuir chevelu qui, les opérations préliminaires une fois faites, furent traités dès le second jour par la résorcine. En un mois environ, les applications médicamenteuses étant quotidiennes, les malades étaient guéris et les godets faviques ne reparaissaient plus. Sept malades furent ainsi guéris : chez un autre qui quitta l'hôpital au bout de dix jours, la guérison complète ne fut pas obtenue, mais il y eut de l'amélioration. Tous les malades sont partis avec une chevelure abondante.

PAUL RAYMOND.

Lèpre. — MUNCH. La lepra en Rusia (*Revista de Dermatologia*, etc. Madrid, n°s 144-147, p. 263).

L'auteur étudie la lèpre dans le delta du Volga. Dans beaucoup de cas dit-il, l'origine de la maladie par transmission directe est manifeste : c'est ce qui résulte de l'examen de 14 lépreux sur 24. Aussi est-il pour lui superflu de discuter maintenant la contagiosité de la lèpre : c'est comme si l'on discutait celle de la syphilis, et pourtant nombreux sont les cas de cette dernière affection dans lesquels il est impossible de donner la preuve de la transmission. Par suite de la terreur que la maladie inspire aux populations et des moyens préventifs adoptés par elles, la maladie tend à décroître. L'isolement des malades imposé par les populations elles-mêmes peut suffire à amener cette diminution de la lèpre; mais cet isolement n'est que relatif, les malades continuant à vivre au milieu de leurs familles. Il en résulte qu'il peut s'opposer à la dissémination de la maladie, mais non pas la faire disparaître. Les relations de famille, les liens de parenté sont en effet l'une des causes les plus puissantes de la propagation de la lèpre : ces idées ont pénétré dans les masses et à Tombovka les habitants refusent les alliances avec les familles qui comptent ou dans lesquelles il s'est trouvé des lépreux. Ces précautions néanmoins ne sont pas prises

partout et en certains endroits le nombre des malades augmente : la maladie sévit alors sur la partie de la ville habitée par les étrangers qui n'ont aucune idée de la lèpre ou qui ne craignent pas de s'allier à des lépreux. Pour l'auteur, la lèpre peut disparaître d'une population fixe comme cela s'est vu pour les Cosaques d'Astrakan, mais les étrangers lui apporteront toujours un nouvel aliment. Ils sont, dit-il, la vraie source de la propagation des foyers épidémiques. Il recommande l'isolement dans des léproseries rurales et la création à l'hôpital d'une division pour les lépreux.

Dans le même journal (*Vratch*), le Dr Petersen étudie la lèpre à Saint-Pétersbourg : d'après lui, il y aurait chaque année dans cette ville des cas nouveaux. Quinze de ces malades qui donnèrent des renseignements sur les parties du corps atteintes au début de la maladie indiquèrent la face ou les avant-bras, c'est-à-dire les parties découvertes du corps. La moitié de ces malades était de la province de Saint-Pétersbourg. Quant à la question de savoir où ils avaient pris leur maladie, Petersen put avoir des renseignements sur 16 cas. Cinq vinrent à Saint-Pétersbourg avec des signes manifestes de lèpre; cinq autres présentèrent des symptômes plus ou moins longtemps après leur arrivée, et pour les six autres, il semble qu'ils aient pris la maladie à Saint-Pétersbourg même où, dit l'auteur, personne ne se figurait qu'un tel foyer pût exister. PAUL RAYMOND.

Lèpre. — E. ARNING. Lepra mit besonderer Berücksichtigung der Ubertragung durch Hereditätoder Contagion. Résumé d'une communication faite au congrès international de Berlin (*Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1891, n° 1, p. 9).

Le point central de toute étude sur la lèpre est de savoir si c'est la contagion ou l'hérédité qui joue le rôle le plus important dans la propagation de la lèpre.

Pour donner une base solide à la discussion, nous partons tous de ce point, que la lèpre est une maladie infectieuse, et que l'on doit chercher les agents de cette infection dans les bacilles de la lèpre que nous ont fait connaître les recherches classiques de Hansen et de Neisser. D'autre part il faut avouer que cette découverte, saluée à l'origine comme une révélation, ne peut s'appuyer que sur cette considération. Les conséquences qui devaient en découler sont restées à l'état d'espérances. On sait bien que là où existe la lèpre, là aussi se trouvent les bacilles; on sait que dans certaines formes de lèpre ils traversent en quantité énorme la peau et les viscères, et que d'autre part on peut dans les formes pures de la lèpre anesthésique, les trouver aussi dans les troncs nerveux. On ignore les conditions de réceptivité du bacille, on ne sait pas comment il pénètre dans le corps et comment il s'y multiplie, enfin on ne sait rien encore des conditions vitales, des formes de développement et des produits d'échanges organiques de cet agent morbide.

Il faut donc pour le moment s'en tenir aux faits cliniques et épidémographiques. En premier lieu, la transmission de la lèpre par hérédité est-elle probable ou démontrée?

La syphilis est le type des maladies transmises par hérédité. La disposition par hérédité invoquée pour la tuberculose n'est déjà plus de l'hérédité proprement dite. Dans la syphilis, on a tous les degrés de la transmission directe, depuis l'embryon déjà mort dans l'utérus de la maladie héritée, en passant par les enfants nés avec des symptômes manifestes ou les présentant peu de temps après la naissance, jusqu'aux cas où la maladie des parents ne se traduit chez les enfants que par des troubles de nutrition plus ou moins généraux.

Rien de tout cela dans la lèpre. Il n'y a pas de maladie fœtale, à peine une maladie infantile. On n'a publié que des cas tout à fait isolés ou la lèpre s'est développée au cours des deux premières années, et dans ces cas elle s'est manifestée exactement comme chez les adultes; elle n'a pas, comme la syphilis, des formes précises, typiques, permettant de distinguer la maladie héréditaire de la maladie acquise.

On ne peut tirer de l'aspect clinique de la lèpre chez les enfants aucune preuve, voire même un appui pour la théorie de la maladie. Mais d'autre part l'observation clinique montre au contraire que l'hérédité n'est pas un facteur important dans la grande extension endémique de la maladie. Les jeunes filles atteintes de lèpre avant l'époque de la puberté sont presque toujours en retard au point de vue sexuel sur les jeunes filles saines du même âge. Elles se développent tardivement et incomplètement, et notamment les fonctions ovariennes sont altérées. Cela peut parfois provenir d'une ovarite lépreuse, comme l'auteur a eu l'occasion de le constater chez une jeune fille morte de la lèpre. Il trouva dans le stroma de l'ovaire une infiltration inflammatoire qui avait sans doute pour cause les bacilles lépreux disséminés dans cet organe. Quand la lèpre se déclare chez des femmes déjà réglées, on observe aussi fréquemment un trouble des fonctions menstruelles et dans les cas chroniques la ménopause survient avant l'époque normale. Ce qui est vrai pour la femme l'est encore bien plus pour l'homme. On sait depuis longtemps que dans la lèpre généralisée les testicules sont presque régulièrement atteints. Contrairement à la légende du satyriasis lépreux, on sait d'après de nouvelles recherches que la puissance virile est presque toujours diminuée dans ce cas et qu'elle s'éteint souvent tout à fait au bout de quelques années de maladie. C'est là, semble-t-il, une grande différence entre la lèpre d'une part, la syphilis et la tuberculose de l'autre, et il est étonnant que l'on attribue à l'hérédité une part importante dans la transmission d'une maladie qui altère de si bonne heure et si profondément les fonctions sexuelles.

Cela ne veut naturellement pas dire que, en cas de lèpre d'un ou de deux parents, les enfants nés avant la maladie ou après son éruption ne soient pas plus facilement et plus fréquemment atteints que d'autres. Arning admet très bien que la lèpre se présente surtout comme maladie de famille, mais rien n'empêche de l'attribuer à une infection précoce sous l'influence du milieu lépreux. C'est une hypothèse plus naturelle que celle d'une prétendue hérédité avec période latente sans limite précise.

Bien plus, dans ces maladies lépreuses des familles il n'est pas rare que la lèpre ait été introduite par un enfant, et que les enfants soient atteints les premiers, puis les parents. Il est en outre très fréquent dans les pays

à lèpre que, un ou les deux parents étant lépreux, une partie des enfants soient tout à fait indemnes, tandis que les autres sont contaminés et cela sans qu'il y ait aucun ordre chronologique.

Une proposition qu'il a faite au gouvernement d'Hawaï contribuerait beaucoup à élucider la question : c'est celle d'éloigner des familles lépreuses les enfants encore sains, quand celles-ci se sont reléguées volontairement dans une région isolée. Si une forte proportion de ces enfants restaient sains, ce serait un argument sérieux contre la théorie de l'hérédité.

Aussi longtemps que notre connaissance de la lèpre reposait surtout sur l'enseignement des anciens observateurs norvégiens, il était naturel que la théorie de l'hérédité prévalût; ces recherches se firent à une époque où l'on commençait à formuler les lois de la syphilis héréditaire et où la pathologie humorale avec ses raisonnements abstraits dominait encore les esprits. Cette théorie se produisait du reste dans un pays où depuis cinq siècles la lèpre était endémique et dans lequel les groupes de population étaient sédentaires et sans grand rapport entre eux. La lèpre se propageait dans des groupes de famille plus ou moins fermés.

Dans ces circonstances il n'est pas étonnant que la doctrine de la transmission héréditaire de la lèpre se soit produite et ait pris de fortes racines. Abstraction faite des agents infectieux de la lèpre, les communications générales, l'amalgamation rapide des races d'hommes les plus diverses et une certaine connaissance approximative de l'état hygiénique de toutes les parties de la terre créent des conditions qui poussent l'auteur à affirmer que : la grande et rapide extension de la lèpre dans des États qui n'étaient pas anciennement le siège endémique de la maladie ne saurait s'expliquer par l'hypothèse d'une transmission exclusive ou seulement principale par hérédité.

Certains faits sont encore contraires à la théorie de l'hérédité. Le cas suivant paraît être à l'abri de toute objection : Une dame, âgée de vingt ans, arrive à Honolulu, venant d'une contrée des États-Unis où la lèpre n'existe pas. Ni elle, ni ses parents, ni ses proches n'ont jamais eu de rapport avec des lépreux. Trois mois après son arrivée à Honolulu, elle remarqua, sur la face dorsale de son avant-bras gauche, une petite tache rouge, légèrement saillante qui s'agrandit lentement et résista à tout traitement. Au bout d'un an la malade s'aperçoit que la tache est anesthésique, et n'en éprouve pas d'autre inconvénient. Deux ans plus tard, groupe papuleux à peu près de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent, légèrement déprimé au centre, analogue à un lupus, mais s'en distinguant très nettement par une anesthésie absolue. Celle-ci s'étend déjà au delà de la zone affectée, sur la peau voisine paraissant encore saine. Parfois la région malade était le siège d'une tuméfaction semblable à de l'urticaire et des douleurs vagues sourdes irradiaient vers le coude. Arning put enlever toute la partie malade sans provoquer de douleur. Au microscope, il reconnut dans le tissu de granulation des groupes de bacilles lépreux. Il paraît hors de doute que dans ce cas il s'agissait d'une localisation primaire du virus lépreux dans la peau et qu'on peut exclure les influences climatériques et telluriques.

L'auteur rappelle ensuite le cas de Hautrey Benson et celui d'Atkinson.

Ce sont là des preuves pour ainsi dire classiques de la transmissibilité de la maladie par contagion. D'autres cas, sans être absolument aussi probants, ont néanmoins une certaine portée : tels sont ceux de Chypre rapportés récemment par Heidenstamm et ceux qu'il a pu observer aux îles Hawaï. Un lépreux arrive dans un district jusque-là exempt de lèpre, et en un petit nombre d'années, beaucoup plus rapidement que ce ne serait possible par hérédité, toute une série de personnes deviennent malades et l'origine peut se rattacher au premier cas introduit.

Enfin on peut citer contre la théorie de l'hérédité quelques observations récentes faites dans des contrées où, à côté d'une population d'indigènes et de métis infectés, il existe une grande classe d'immigrés blancs qui peuvent être regardés comme sans antécédents héréditaires.

C'est ainsi que Blank, dans un rapport sur la lèpre dans la Louisiane, rapporte que sur 42 cas relevés à la Nouvelle-Orléans, 30 p. 100 avaient pour mère ou pour père l'un des deux Européens. Sept de ces malades étaient nés en Allemagne, un en Autriche, un en France et un en Italie.

Pour les îles Hawaï, Arning a fait le relevé suivant :

D'après le recensement de 1884, le nombre des Hawaïens, indigènes et métis, est de 44.232, celui des étrangers, sans compter les Chinois et les Japonais, est de 17935. Or, si l'on porte comme minimum le chiffre des Hawaïens lépreux à 1500, on a pour la population indigène la proportion effrayante d'un lépreux sur 30 individus sains.

Parmi les 17935 blancs, l'auteur connaît trente-cinq cas de lèpre, en ne comptant naturellement que ceux qui étaient atteints de lèpre au moment du recensement ou qui le devinrent peu de temps après, et non les blancs nombreux, morts déjà de la lèpre. Tous les métis sont également exclus de cette liste. On a alors un lépreux sur 514 individus sains dans une classe de la population où il ne peut guère être question d'hérédité.

Enfin on connaît les résultats du voyage de Hansen chez les Norvégiens lépreux émigrés dans l'Amérique du Nord. Sur 160 émigrés, Hansen n'en trouva que 17 vivants. Pas un seul des descendants de ces Norvégiens n'était atteint de lèpre.

Il est inutile d'insister encore sur ce fait que la lèpre est indépendante des conditions climatériques et telluriques. La lèpre se transmet et se propage par les lépreux. C'est une maladie qui n'atteint que l'homme, elle n'est pas comme la tuberculose une maladie des animaux domestiques ou des espèces animales généralement connues. Dans des conditions particulièrement propices, la lèpre est très vraisemblablement transmissible directement de l'homme à l'homme ; la contagion indirecte par l'intermédiaire des milieux dans lesquels vit l'homme, éventuellement aussi par les aliments, est très admissible, mais nullement démontrée, spécialement en ce qui concerne ce dernier mode. La théorie incriminant l'ichthyophagie, reprise récemment par J. Hutchinson, paraît insoutenable dans son exclusivisme à l'égard d'autres modes d'infection.

La lèpre a-t-elle été propagée aux îles Havaï, comme le pensait Hillebrand, par la vaccination générale?

La concordance de l'extension de la lèpre et de l'introduction de la vac-

cine dans ces îles n'est pas douteuse; mais quand on cherche à établir entre les deux faits une connexité étroite, il y a bien des sources d'erreur.

Les premiers cas authentiques de lèpre remontent à 1830, mais l'extension effrayante à tout le groupe des îles ne s'est produite que vingt-cinq ans plus tard, à une époque où une épidémie grave de variole donna lieu à une vaccination très générale et faite le plus souvent sans aucune espèce de précaution par des laïques. Ce fait a été relevé par Hillebrand et d'autres auteurs comme un argument en faveur de l'expansion de la lèpre par la vaccination. Tout en tenant compte du synchronisme de ce fait historique, on peut l'expliquer d'une autre manière. Puisque déjà en 1830 il y avait des cas de lèpre bien développés, il faut faire remonter au moins à quelques années en arrière l'introduction de cette maladie. Puis les années suivantes il y a une extension lente autour des premiers centres. La lèpre, tout en étant ni congénitale ni héréditaire, est néanmoins une maladie de famille; entre l'époque de l'introduction et celle de l'extension brusque une nouvelle génération a grandi qui a propagé rapidement la maladie dans les familles qu'elle a fondées; l'expansion, rapide en apparence au début du cinquième decennium, pourrait s'expliquer ainsi. Il ne faut pas oublier non plus l'énorme influence qu'ont dû avoir sur les indigènes, précisément dans cette période de 1830 à 1850, l'introduction de la civilisation et l'irruption d'une nombreuse population mongolique et caucasique.

Mais il est un autre fait beaucoup plus important relativement au rapport de la lèpre et de la vaccination.

L'auteur peut affirmer en s'appuyant sur une autorité sérieuse — malheureusement les données statistiques font défaut — qu'une accumulation locale très frappante de nouveau cas de lèpre a été constatée en 1871-72 à Lahaina et Maui environ un an après une vaccination de bras à bras faite dans ces localités avec une négligence extraordinaire. Environ cinquante à soixante cas survinrent subitement dans ce district, qui jusqu'alors avait été relativement indemne de lèpre.

Arning a fait aussi quelques expériences. Il a vacciné des lépreux et recherché dans la lymphe les bacilles de la lèpre. Dans la lèpre cutanée diffuse, où la peau même d'apparence normale contient des bacilles, il y en avait aussi dans la lymphe; dans la lèpre des nerfs, dans laquelle la peau ne renferme pas de bacilles, ils faisaient défaut dans la lymphe. L'auteur rappelle ensuite le fait bien connu de Gairdner. A Hawaï, Arning a traité de la lèpre un garçon allemand de douze ans sur lequel, à l'âge de sept ans, on avait pris du vaccin pour inoculer plusieurs familles de blancs. Il ne sait pas s'il en est résulté des cas de lèpre, toutefois un pareil fait montre qu'il faut interdire toute vaccination de bras en bras dans les contrées infectées par la lèpre.

Tout récemment Ashmead s'élevait contre l'hypothèse de la transmission de la lèpre par la vaccination en disant que si la maladie pouvait être transmise par inoculation, elle devrait être plus répandue au Japon, en raison de l'usage si général du tatouage, ce qui n'est pas. Ashmead paraît redouter beaucoup la piqûre des moustiques. L'auteur est frappé de ce fait que la lèpre et les moustiques ont envahi les îles Hawaï à peu près à la même époque. Les moustiques, autrefois inconnus dans ces îles, auraient

été introduits de la Chine un peu avant 1850. Il a plusieurs fois soumis à l'examen bactériologique les moustiques se trouvant sous la moustiquaire de cas graves de lèpre cutanée. Les insectes étaient gonflés du sang des malades, les uns immédiatement, les autres après plusieurs jours de captivité. Il n'a constaté de bacilles lépreux ni intérieurement ni sur eux.

L'auteur donne ensuite un résumé du cas de Keanu qui a été déjà mentionné dans les *Annales*. A l'égard des commémoratifs, il avait dit que, d'après Keanu et ceux qui le connaissaient, sa famille était tout à fait indemne de lèpre, mais que ce renseignement, comme tous ceux de ce genre recueillis chez des Hawaïens, ne devait être accepté qu'avec réserve. Les événements ont montré combien cette réserve était justifiée. Le médecin de la colonie lépreuse de Molokai, le docteur Swift, a aujourd'hui au nombre de ses lépreux un neveu et le fils de Keanu, et un cousin de Keanu a pris également la lèpre.

En terminant sa communication, Arning insiste sur ce fait que, en présence d'un cas donné, on ne sait pas si l'on a affaire à des bacilles vivants ou morts. On ferait un grand pas si l'on pouvait reconnaître par un procédé quelconque si par exemple les bacilles expulsés avec les matières fécales dans la lèpre de l'intestin sont ou non doués de vitalité, si les bacilles persistant dans ces cadavres putréfiés et la macération pendant des années des tissus lépreux représentent ou non des agents infectieux vivants. Si l'on avait un criterium de la vie des bacilles de la lèpre comme on l'a par exemple pour les bacilles de la tuberculose, l'auteur aurait pu démontrer que les bacilles trouvés au point d'inoculation chez Keanu étaient vivants six mois après l'inoculation; tandis que, dans l'état actuel de nos connaissances, on peut lui objecter que c'étaient des bacilles du fragment inoculé restés emprisonnés comme un corps étranger mort.

Ce n'est que lorsque les bactériologistes seront parvenus à établir une différence appréciable entre les bacilles de la lèpre vivants ou morts, par la constatation de propriétés miscrocopiques et biologiques déterminées par des procédés de culture ou l'inoculation *à coup sur* à des animaux, qu'il sera possible de résoudre d'une manière définitive la question des modes d'infection, de la contagion directe ou de l'infection par l'intermédiaire du sol, de l'eau ou des aliments. A. DOYON.

Lèpre (microbiologie). — R. CAMPANA. Un bacillo simile al bacillo leproso sviluppatosi in tentativi di coltura di tessuti con lepra tubercolare (*Riforma medica*, 19 janvier 1891, p. 159).

Dans des tentatives de culture des tissus lépreux par les moyens de culture des microbes anaérobies, Campana a obtenu un bacille morphologiquement semblable au bacille de la lèpre et présentant le même mode d'agrégation que celui-ci; ce bacille ne prend pas la double coloration quand on le traite par la méthode d'Ehrlich, méthode qui colore assez bien les tissus lépreux. Ce bacille s'est développé dans deux séries de cultures sur l'agar-agar additionné de peptone et de 3 p. 100 de sucre de raisin. Ce micro-organisme commence à se développer entre le septième et le neu-

vième jour, sous la forme d'une légère opacité linéaire qui augmente au bout de deux ou trois jours et est alors formée d'un grand nombre de petits points isolés disposés en séries. Il n'est pas pathogène pour les taupes. L'auteur fait remarquer l'analogie de ce bacille avec celui de la lèpre, mais ne veut rien dire plus. GEORGES THIBIERGE.

Lèpre. — E. BOINET et A. BORREL. De la cellule géante dans la lèpre (*Revue de médecine*, avril 1891, p. 339).

Contrairement à Unna et à Leloir, les auteurs ont constaté dans les lépromes la présence de cellules géantes, mais ces éléments sont toujours en petit nombre; ils sont isolés dans le tissu lépreux, au milieu d'une cavité à parois mal définies et renferment des noyaux en grand nombre. Les cellules géantes des lépromes sont comparables à celles de l'inflammation et du tubercule. Elles paraissent être le résultat d'un processus inflammatoire et ne semblent pas exercer une action destructive ou phagocytaire sur le bacille de la lèpre. GEORGES THIBIERGE.

Lupus. — OUSPENSKI. Lupus de l'oreille moyenne (*Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, 30 mai 1891, p. 311).

Ouspenski rapporte une observation de lupus de l'oreille, reconnu à la suite du traitement d'un lupus du nez par les injections de lymphe de Koch : à la deuxième injection survint une vive douleur dans l'oreille droite qui avait été atteinte d'otorrhée deux mois auparavant.

Quelques jours après, il y avait une perforation ronde à bords irréguliers sur le segment inféro-interne de la membrane du tympan qui était infiltrée et de coloration grise.

A la suite de la onzième injection, on voyait sur le tiers supérieur de la membrane du tympan une fine éruption tuberculeuse fortement teintée de rouge, même éruption sur la moitié supérieure du marteau; la perforation paraissait avoir diminué. Quelques jours plus tard la membrane du tympan privée d'épiderme était, par places, couverte d'écailles.

C'est la deuxième observation connue de lupus de l'oreille ; la première a été publiée en 1889 par Gradenigo. GEORGES THIBIERGE.

H. LELOIR. Le traitement du lupus (*Bulletin médical*, nos 2 et 3, 1891).

Actuellement encore le véritable traitement du lupus est le traitement local; celui-ci se divise en traitement chirurgical, traitement local médicamenteux et traitement mixte, c'est-à-dire à la fois chirurgical et médicamenteux. C'est à celui-ci que le professeur Leloir donne la préférence.

Le traitement chirurgical comprend cinq méthodes principales : l'ablation du lupus, le raclage, les scarifications, les cautérisations ignées et l'électrolyse. Il passe en revue ces différents modes opératoires et c'est le raclage suivi d'application d'agents parasiticides et de médicaments caustiques qu'il emploie habituellement. Les scarifications donnent de très bons résultats surtout dans le traitement du lupus vorax, mais la crainte

des auto-inoculations, la longue durée du traitement qui ne met pas à l'abri des récidives lui ont fait abandonner la méthode des scarifications. Il les pratique au niveau des orifices naturels ou pour améliorer une cicatrice obtenue par le traitement mixte : d'une facon générale il rejette les galvano-cautérisations dans le lupus à infiltration diffuse, fongueuse, congestive; il préfère la curette et les applications ultérieures d'agents caustiques ; mais il les emploie pour les tubercules d'un volume restreint, isolés, entourés d'un tissu sclérosé, pour attaquer et détruire les récidives du lupus se faisant dans les cicatrices. Pour le lupus scléreux et végétant après une première cautérisation, il enlève avec la curette les tissus carbonisés et pratique une nouvelle cautérisation suivie d'un nouveau raclage jusqu'à ce qu'il croie avoir complètement détruit le tissu pathologique. Il a, en effet, pour habitude de détruire en une seule séance le placard lupeux et non pas en une série de séances successives; aussi autant que possible hospitalise-t-il les lupeux. L'électrolyse ne lui a donné aucun résultat satisfaisant, sauf dans un cas limité de lupus de la conjonctive palpébrale et bulbaire et dans l'amélioration des cicatrices consécutives à la guérison du lupus.

Le traitement local médicamenteux a pour base les préparations saturnines, mercurielles, iodées, etc. Employées à doses non caustiques, elles ne guérissent pas; à doses caustiques, elles donnent lieu à des cicatrices de mauvais aspect, souvent chéloïdiennes ou à des intoxications.

Le traitement mixte est celui que M. Leloir emploie habituellement et qui lui semble être très rapide. Voici quelle est sa manière de procéder. Les lupeux sont hospitalisés pendant les quinze premiers jours ; les surfaces malades, débarrassées des croûtes ou décapées à l'aide d'un emplâtre salicylé, sont anesthésiées avec une solution de cocaïne, ou bien on fait la chloroformisation. Avec une curette il détruit en une seule séance le ou les placards lupeux; souvent il cautérise avec le thermo-cautère les points les plus fongueux et les plus saignants, puis il pratique un dernier et plus minutieux raclage avec une curette plus petite. Pour arrêter l'écoulement de sang et agir en même temps sur ce qui reste du lupome, il applique sur la plaie des tampons d'ouate hydrophile imbibés d'éther iodoformé. Le pansement consécutif diffère suivant la variété du lupus : s'il s'est agi d'un lupus mou, fongueux et s'il a pu enlever tout le tissu lupeux, il panse deux fois par jour avec des compresses trempées dans une solution de bichlorure au millième; mais il y a à craindre la stomatite mercurielle et pour la face un œdème intense des paupières. Si le lupome ne paraît pas avoir été suffisamment détruit par la curette, il emploie les pommades à l'iodhydrargyrate de potasse et surtout l'acide lactique pendant deux ou trois jours et seulement pendant quelques heures de la journée ; dans l'intervalle et après ces applications, il panse la plaie avec le naphtol camphré ou la résorcine camphrée. Ces agents sont remplacés par les saupoudrages avec l'iodoforme, l'aristol, le salol et les emplâtres de Vigo ; si la plaie est trop suintante, la pommade à l'ichthyol la dessèche et la racornit rapidement. Chaque pansement, quel qu'il soit, est précédé d'une pulvérisation faite avec la solution de bichlorure; enfin la cicatrisation de la plaie est constamment surveillée et le crayon de nitrate d'argent fréquemment em-

ployé. Ainsi traité, il faut quinze jours à sept semaines depuis le jour de l'opération pour obtenir la cicatrisation du placard lupeux.

Les récidives étant la règle, les malades sont revus tous les mois pendant la première année; tous les deux à quatre mois, les années consécutives. L. PERRIN.

Lupus. Traitement par le cantharidate de potasse. — O. LIEBREICH. Démonstration de l'action thérapeutique de l'acide cantharidique sur le lupus. Communication faite à la Société de médecine de Berlin (*Berl. klin. Wochenschrift*, 1891, p. 457).

L'auteur traite actuellement, à sa consultation gratuite, huit cas de lupus et chez tous il a pu constater une influence favorable de ce remède sur l'affection lupique.

Dans un cas, un lupus exfoliant qui s'était développé dans l'espace de trente années s'est amélioré au point que les nodosités se sont aplaties et qu'en un point l'infiltration a complètement disparu.

Dans un cas de lupus vorax, il y avait plusieurs tubercules sur l'aile droite du nez. La rougeur s'étendait jusqu'à l'angle de l'œil. Pendant le traitement la rougeur diminua, les tubercules s'effacèrent et après la chute d'une croûte il se forma une peau normale. Résultats analogues chez trois autres malades présentés par le Dr Liebreich.

Toutefois il est très difficile de constater l'influence thérapeutique. Quand il est nécessaire d'observer en même temps beaucoup d'autres choses et qu'on ne peut pas concentrer toute son attention, une progression lente échappe facilement. Il était donc très important de trouver une méthode pour rendre plus claires et plus nettes les observations dans le lupus.

Si l'on éclaire la peau avec une lentille, on aperçoit une petite lueur rouge autour de la surface éclairée. En rapprochant la lentille, la lueur rouge s'agrandit, et dès que l'image lumineuse apparaît sur la peau, il y a éclairage par transparence, lequel devient surtout intense quand l'image lumineuse est projetée à l'intérieur de la peau. Au voisinage immédiat de l'image lumineuse, on voit l'épiderme éclairé par transparence d'une teinte jaunâtre doré, entouré d'un cercle rouge.

Pour rendre le phénomène bien net, on se sert de lentilles ayant la section voulue pour fournir la lumière suffisante.

Avec ces lentilles on peut éclairer n'importe quelle région du corps, vous la verrez d'un rouge d'autant plus éclatant qu'il y aura un plus grand nombre de capillaires. Là où la peau est anémique, où l'on n'aperçoit pas de capillaires, on voit un cercle très peu rouge. La rougeur normale présente presque toujours un certain trouble laiteux que l'on reconnaît même dans les régions du corps les plus rouges.

On peut ainsi éclairer directement l'intérieur de la peau. Les instruments employés par l'auteur sont basés sur ces observations. Pour l'examen du lupus la lentille convexe est insuffisante dans bon nombre de cas. Pour exclure l'image lumineuse et permettre de mieux voir l'espace éclairé, la lentille se trouve sur l'un des côtés d'un tube cylindrique; de

l'autre on a adapté un tube conique muni d'une petite ouverture à son extrémité. La hauteur du cône est un peu plus faible que la distance focale de la lentille. Suivant les cas, on emploie des lentilles de foyer différent.

On peut employer cet appareil avec la lumière du soleil; on a alors une image d'une intensité extrême. On empêche la brûlure de la peau par l'interposition d'une petite caisse en verre renfermant une solution d'alun.

Il y a toute une série de recherches dans lesquelles on utilise la pression des doigts. Elle permet de reconnaître si la circulation s'arrête plus ou moins rapidement en un point quelconque, et précisément dans le lupus, la pression joue un grand rôle. On sait qu'en général la rougeur du lupus résiste à la pression. Mais en appuyant sur une région du corps et en relevant les doigts, si on voit tout rouge on n'a cependant aucun renseignement sur la façon dont se comporte cette région pendant la pression. Pour obvier à cet inconvénient, il se sert d'un petit compresseur en verre, formé par une rondelle de verre à monture métallique fixée sur un manche solide. Cet appareil permet de se rendre compte exactement du degré d'hyperémie d'une région de la peau, de reconnaître si l'hyperémie lupique a subi des modifications. Ce compresseur sert aussi à éclairer les régions profondes de la peau, inaccessibles autrement à la lumière. Il permet de voir s'il y a par exemple plusieurs points centraux dans un lupus quand on n'apercevait auparavant qu'une nodosité.

Pour rendre la vue un peu plus nette, il a fait construire aussi un petit compresseur en forme de loupe. En éclairant l'intérieur de la peau à l'aide de ces instruments depuis la peau normale et la zone légèrement hyperémique jusqu'au lupus, on voit le rouge intense de ce dernier, tandis qu'auparavant on apercevait un cercle rond, ce cercle se dilate en prenant une forme ovalaire et la limite des parties éclairées se trouve très reculée à l'intérieur du lupus. L'auteur peut donc, avec cet instrument, voir où il y a du tissu lupeux. Il a pu constater ainsi que, dans la plupart des cas, l'influence thérapeutique du cantharidate de potasse se fait sentir à partir de la périphérie.

Ces instruments ne servent pas seulement à reconnaître le lupus dans les points où on le voit sans leur intervention; ils nous font voir aussi d'une manière très nette le lupus qui est inaccessible à l'œil.

L'auteur cite plusieurs cas dans lesquels le lupus paraissait guéri et où il trouva cependant au voisinage de la cicatrice du tissu lupique à l'aide de sa méthode d'éclairage.

Il a appliqué le même procédé à l'examen de malades atteints d'autres dermatoses et il est arrivé à des résultats analogues.

Il propose de désigner cette méthode d'éclairage sous le nom de phanéroscopie et l'appareil sous celui de phanéroscope. A. Doyon.

Pemphigus chronique. — P. de Michele. Contributo alla ricerca dei microorganismi nel pemfigo cronico (*Giornale Italiano delle malat. vener. e della pelle*, mars 1891, p. 19).

Dans la rate d'un malade atteint de pemphigus chronique, dont il ne donne pas l'observation, P. de Michele a trouvé un microorganisme culti-

vant mieux sur l'agar que sur les autres milieux de culture, se développant dans le bouillon et la gélatine et sur l'agar glycériné, mais ne se développant ni sur le sérum sanguin liquide ou solidifié, ni sur la pomme de terre; sur ces divers milieux, il se développe mieux à une température basse qu'à 37°; les cultures sur la gélatine ressemblent absolument à celles du streptococcus pyogenes cereus. Ce même microorganisme a été retrouvé sur les coupes du rein, sur celles de la peau dans le tissu connectif sous-cutané et dans les couches inférieures du derme; il a manqué sur les coupes des centres nerveux, du foie et du poumon. L'injection de cultures de ce microorganisme n'a déterminé chez les animaux aucun trouble fonctionnel local ou général. Il est probable, d'après l'auteur, que ce microorganisme, qui ne peut être identifié à aucun de ceux déjà connus, est l'agent pathogène du pemphigus chronique. GEORGES THIBIERGE.

Pigment de la peau. — CASPARY. Uber den Ort der Bildung des Hautpigments (*Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1891, n° 1, p. 3).

L'auteur a employé le mode suivant de préparation. De petits fragments de peau dépouillés de leur pannicule graisseux ont été mis, pendant deux heures et demie à trois heures, dans une solution de Flemming récemment préparée, immédiatement après l'excision sur le vivant. Ils ont été ensuite plongés pendant vingt-quatre heures dans de l'eau fréquemment renouvelée, puis durcis pendant vingt-quatre heures dans de l'alcool absolu, et enfin, après les avoir mis dans de la paraffine, on a pratiqué des coupes fines. Ces coupes débarrassées de la paraffine par le chloroforme ont été placées pendant plusieurs heures dans une solution aqueuse diluée de dahlia, puis finalement on a monté les coupes dans le baume de Canada.

Il n'a examiné qu'une seule pièce provenant d'un animal, le groin tacheté de noir et de blanc d'un porc. Merkel avait trouvé en 1875 entre les cellules médianes de la couche muqueuse des cellules non épithéliales avec de nombreux prolongements radiaires, qui étaient pigmentées dans les régions colorées de la peau, dépourvues de pigment dans les régions non colorées; les premières étaient visibles par le seul pigment, les autres ne pouvaient être reconnues qu'à l'aide de la méthode de Cohnheim. L'auteur n'a pas trouvé ces cellules incolores de tissu conjonctif sur les régions blanches du groin; mais les cellules pigmentées étaient faciles à reconnaître. Elles se trouvaient exclusivement enclavées entre les cellules les plus profondes de la couche muqueuse; le corps de la cellule était volumineux, de forme irrégulière, et contenait un petit noyau. Les nombreux prolongements s'étendaient soit dans un plan parallèle à la surface cutanée, soit s'élevaient perpendiculairement vers la surface en suivant des voies aux inflexions caractéristiques qui s'adaptent aux arêtes des cellules épithéliales superposées. Çà et là un de ces prolongements descendait de l'épithélium jusque dans le derme. Mais le chorion était très pauvre en cellules pigmentées au-dessous des portions d'épiderme renfermant un grand nombre de ces cellules. Çà et là seulement on rencontrait dans l'adventice des vaisseaux sanguins une cellule fusiforme pigmentée et cette cellule n'envoyait presque pas de prolongements. Contrairement

à ce que Caspary a observé chez l'homme, c'est que dans le groin du porc, c'étaient seulement les cellules des couches épidermiques supérieures qui contenaient du pigment, tandis que la couche inférieure n'en renfermait pas ou seulement une quantité imperceptible. Les corpuscules de pigment trouvés dans cette dernière couche n'appartenaient pas aux cellules épithéliales, mais aux prolongements des cellules pigmentées intercalés entre elles. Dans toutes les couches le pigment existait sous forme de granulations fines.

Dans les cellules du bulbe de cheveux pigmentés il a rencontré une disposition analogue à celle de l'épiderme du groin du porc. Ici aussi il y avait entre les éléments épithéliaux des formations cellulaires volumineuses avec de nombreux prolongements. Ici encore il lui a été impossible de trouver une émigration provenant du tissu conjonctif des papilles de la peau; ce dernier contenait bien des cellules pigmentées, mais petites, fusiformes et ne présentant que de rares corpuscules de pigment, qui ne pouvaient être comparés à celles relativement très développées et remplies de granulation de pigment situées entre les cellules du bulbe.

Il n'a pas observé dec ellules pigmentées rayonnées dans l'épiderme de la peau humaine saine, dans les points où elle est colorée normalement, comme au pourtour du mamelon ou dans le creux de l'aisselle. Le pigment jaunâtre qui se trouvait ici exclusivement dans la couche inférieure du stratum muqueux lui a paru être uniquement attaché aux cellules cylindriques épithéliales. Dans le derme de ces régions de la peau il y avait bien des cellules fusiformes, contenant le même pigment jaune que les cellules épidermiques, mais nulle part on ne pouvait constater la pénétration d'une cellule fusiforme du tissu conjonctif dans la couche épithéliale. La disposition du pigment dans les cellules cylindriques du stratum muqueux était très caractéristique et tout à fait uniforme. Sur des coupes perpendiculaires à la surface cutanée, les cellules marquaient leurs limites respectives par des rangées longitudinales de corpuscules très fins, tandis que les coupes parallèles à la surface présentaient une fine mosaïque de petits polygones dont les côtés étaient occupés par le pigment.

Des préparations de la zone pigmentée d'un vitiligo de la face dorsale de la main ont eu les mêmes résultats.

L'examen d'un fragment fortement coloré de la peau du scrotum d'un individu atteint de maladie d'Addison a donné les résultats suivants : Ici on constatait non seulement la présence de cellules pigmentaires rayonnées dans les couches les plus profondes du stratum muqueux, mais il y avait aussi des cellules pigmentées de même nature dans le derme qui envoyaient leurs longs prolongements entre les épithéliums, tandis que le corps de la cellule était situé tantôt entièrement dans le tissu conjonctif, tantôt en partie dans ce dernier et en partie déjà entre les épithéliums. Caspary a pu voir ici directement l'immigration de cellules pigmentaires dans l'épiderme, et reconnaître en même temps que ces cellules migratrices se distinguaient des cellules pigmentées, lisses, fragmentées du tissu conjonctif sous-épithélial, qui renfermaient beaucoup plus de pigment et n'envoyaient aucun prolongement. Il regarde toutefois les cellules migratrices pigmen-

tées comme des éléments conjonctifs, car elles ressemblent comme forme et grosseur aux cellules de pigment rayonnées de la choroïde et de l'iris, mais non aux cellules lymphoïdes migratrices du tissu conjonctif. Le pigment n'avait pas ici la teinte jaune clair du pigment normal de la peau, il était beaucoup plus foncé. Les préparations n'ont fourni aucune indication sur l'origine plus éloignée du pigment, Les parois des vaissaux sanguins avaient l'aspect normal, pas de thrombose et il n'y avait pas surabondance de cellules de pigment dans leur voisinage.

Dans un cas de nævus pigmentaire pilaire il n'a pas trouvé de cellules de pigment à prolongements longs et fins comme celles qu'il a décrites dans la maladie d'Addison. Au voisinage de la limite épithéliale dans le derme, en quelques points aussi dans la couche inférieure de l'épithélium, il y avait des cellules lisses de tissu conjonctif, régulièrement polygonales, munies de courts appendices. Nulle part on ne voyait une immigration active. La couche inférieure de l'épiderme n'était pigmentée que par places; le pigment était plus brunâtre que le pigment normal et ressemblait comme couleur à celui des cellules colorées du derme.

De cette courte série de recherches l'auteur voudrait conclure que l'absence ou la présence de cellules pigmentaires étrangères dans l'épiderme n'a aucun rapport avec la pigmentation de la couche basale de l'épithélium. Tantôt cette couche est traversée par de nombreuses cellules de pigment non épithéliales, tout en ne renfermant elle-même que peu ou pas de pigment (groin du porc). Tantôt elle ne contient aucun élément étranger et pourtant elle est abondamment pourvue de pigment (aréole normale du sein, creux de l'aisselle, bord du vitiligo). Tantôt elle est fortement pigmentée et renferme encore des cellules de pigment ramifiées d'origine étrangère (maladie d'Addison, bulbe du poil; nævus pigmentaire). On serait tenté d'en conclure que le pigment de l'épiderme a deux sources indépendantes l'une de l'autre, qui du reste n'interviennent pas toujours forcément en même temps. Les cellules épithéliales de cette couche auraient la propriété de produire idiopathiquement du pigment, seraient par conséquent ou pourraient devenir de véritables cellules de pigment, comme l'épithélium de la rétine. A. Doyon.

Phthiriase. — A. Fournier. De la phthiriase pubienne (*Union médicale*, nº 25, p. 294, 1891).

La phthiriase pubienne est causé par les *pediculi pubis;* elle occupe les régions génitales (pubis, aine, scrotum), mais l'animal peut émigrer et se répandre dans toutes les régions velues, sauf dans les cheveux. Le *pediculus pubis* est le plus petit des poux; il est pâle, transparent, sédentaire, reste immobile où il est, tapi à la base d'un poil, la tête dans l'infundibulum de ce poil. Il ne se rencontre guère que chez l'adulte, la phthiriase étant essentiellement d'origine vénérienne; mais on peut la gagner dans les chambres d'hôtel, en wagon, dans les latrines publiques; le docteur Moursou a signalé un foyer d'infection dans une salle de police; toutes les fois qu'un homme y restait quelques jours, il avait des *pediculi pubis.*

C'est une maladie de toutes les classes sociales : tandis que le pou du

corps est l'apanage des pauvres, celui de tête se trouve chez les gens mal tenus mais aussi sur les enfants, celui du pubis est réellement rare à l'hôpital (E. Besnier), mais très fréquent en ville, chez les gens du monde.

La phthiriase se manifeste par trois ordres de symptômes : le prurit, le prurigo pédiculaire, les lentes et les taches ombrées. Celles-ci ont donné lieu à de grandes discussions : elles sont bleues ou ardoisées, leur teinte tient à la fois des couleurs grise et bleue; elles siègent sur les flancs, elles ne font pas de saillie, elles sont indolores, de nombre variable; leur durée est de huit à dix jours. Leur signification a été établie par le docteur Moursou, qui remarqua que si l'on examine ces taches attentivement, on trouve au centre une petite piqûre rouge; il trouva des *pediculi pubis* en train de piquer la peau et vit plus tard la tache se produire autour du point piqué. M. Duguet démontra qu'on pouvait fabriquer des taches bleues en recueillant des *pediculi pubis*, en les réduisant en pâte dans un mortier, en ajoutant deux gouttes d'eau et en inoculant un peu de la pâte avec une lancette. Lorsqu'on opère ainsi, les taches bleues apparaissent au bout de quelques heures. Toutes les parties du pou ne paraissent pas aptes à donner lieu à une éruption; on croit qu'elle dépend d'un liquide qui se trouve dans les glandes salivaires, qui sont situées dans le tronc.

Le traitement classique par les frictions avec l'onguent gris est sale et expose aux érythèmes mercuriels, à la stomatite; aussi M. Fournier recommande les applications de pommade au calomel, d'huile naphtolée ou les lotions et les bains de sublimé. L. PERRIN.

Prurigo. — W. DUBREUILH. Du prurigo hivernal (*Journal de médecine de Bordeaux*, 8 et 15 février 1891, pp. 289 et 301).

Cette étude est la première monographie française sur le « pruritus hiemalis » de Duhring qui n'est guère connu en France que par la note de MM. Besnier et Doyon insérée dans la traduction des Leçons de Kaposi. Dubreuilh rapporte trois observations personnelles dans lesquelles sont signalées des localisations exceptionnelles (face, scrotum) de ce prurit qui occupe le plus ordinairement les membres d'une façon symétrique et que caractérise son apparition pendant l'hiver sous la forme d'accès réveillés souvent par l'exposition au chaud. GEORGES THIBIERGE.

Psoriasis et grossesse. — L. ROSSI. Un caso di psoriasi in gravidanza, guarito con la provocazione del parto prematuro (Psoriasis pendant la grossesse; guérison à la suite de l'accouchement provoqué) (*La Riforma medica*, 25 mai 1891, p. 494).

Observation d'une femme de 22 ans qui, au septième mois de sa deuxième grossesse, fut prise d'une éruption maculo-papuleuse laquelle dans l'espace de quatre jours s'étendit à tout le visage sous la forme d'une large tache de coloration rouge; le reste de la surface cutanée ne tarda pas à se recouvrir de taches semblables ; cinq semaines après le début de l'éruption, la malade avait toute la peau rouge, couverte par places de zones de dimensions variées sur lesquelles on voyait des squames épaisses et adhérentes et présentant en d'autres points de larges efflorescences d'un rouge plus ou moins intense, recouvertes de squames en train de se déssécher. La

température présentait de légères élévations le soir, mais sans jamais dépasser 38°5. On porta le diagnostic de psoriasis diffus généralisé et on traita la malade par des onctions à la glycérine et au borate de soude, par les lavages à l'eau salicylée et l'arsenic à l'intérieur. Ce traitement fut suivi d'une amélioration qui ne persista que quelques jours, puis une nouvelle éruption reparut, débutant du côté de l'extension des articulations des coudes et des genoux, sur le front et les oreilles, puis s'étendant à toute la surface du corps : cette éruption était d'abord constituée par de petites taches rouges se recouvrant de minces squames, puis s'étendant de façon à atteindre les dimensions d'une pièce de 5 centimes et se recouvrant dans toute leur étendue ou seulement à leur partie centrale de squames blanches de psoriasis guttata ; au bout de quelques jours, une grande partie de la surface cutanée était recouverte de lésions de ce genre ou plus larges et nummulaires et l'état était le même qu'au moment de l'entrée à l'hôpital. Un traitement analogue au précédent et des bains alcalins amenèrent une amélioration rapide de l'éruption ; mais une nouvelle éruption ne tarda pas à se produire, plus intense que les précédentes. L'état général devenant mauvais, l'insomnie étant absolue et résistant à tous les traitements, on se décida à provoquer l'accouchement. A la suite de cette intervention, l'éruption s'arrêta comme par enchantement : il ne se produisit plus de nouvelles efflorescences, celles qui existaient se recouvrirent de squames dont la chute laissa à nu la peau saine. Seize jours après l'accouchement, la malade sortait de l'hôpital complètement guérie et pendant les trois mois qui suivirent elle n'eut aucune trace d'éruption.

L'auteur rappelle à propos de cette observation le rôle de la grossesse et des affections utéro-ovariennes sur le développement de certaines dermatoses. Il admet sans contestation l'influence de la grossesse sur l'éruption observée chez sa malade, ainsi que l'influence de l'accouchement sur sa disparition et la nature psoriasique de cette éruption.

Il est sans doute difficile de contester l'influence de la grossesse sur cette dermatose qui guérit après l'accouchement provoqué, bien qu'elle ne se soit pas montrée au cours de la grossesse antérieure.

Mais il est légitime de douter de l'exactitude du diagnostic dermatologique. Le développement rapide de l'affection et de ses récidives multiples à brève échéance, l'influence d'un traitement bien anodin justifient des doutes que l'insuffisance de la description clinique ne permet pas de lever. Et les phénomènes généraux, assez graves pour autoriser à interrompre le cours de la grossesse, même à une période avancée de celle-ci, sont une raison de plus pour douter qu'il se soit agi réellement de psoriasis.

GEORGES THIBIERGE.

Purpura. — P. CLAISSE. Sur un cas de purpura à pneumocoque (*Archives de médecine expérimentale et d'anatomie pathologique*, mai 1891, p. 379).

Homme de vingt-deux ans, mal nourri et misérable, ayant eu une attaque de rhumatisme avec endocardite ; à l'entrée à l'hôpital, éruption de purpura occupant à peu près symétriquement les deux jambes et la face interne des cuisses. Deux jours plus tard, point de côté à droite et développement d'une pneumonie adynamique à laquelle le malade succombe en deux jours.

A l'autopsie, on trouve sur l'endocarde deux ordres de végétations, les unes anciennes, jaunes et dures, les autres plus récentes et se détachant facilement par le raclage.

On constate, au moyen des cultures, la présence du pneumocoque dans le poumon, la rate, le rein, les végétations endocardiques et la peau au niveau d'une ma-

cule purpurique. A l'examen microscopique, on trouve, au niveau d'une macule semblable, un gros amas de pneumocoques dans un caillot occupant un petit vaisseau de la profondeur du derme.

L'auteur signale à propos de ce fait un cas étudié par Hutinel, mais encore inédit, de purpura survenu au cours d'une pneumonie accompagnée d'endocardite et de méningite. Il attribue la production du purpura dans son observation à des embolies provenant des végétations d'endocardite; ces végétations se seraient facilement détachées parce qu'elles reposaient sur un endocarde déjà altéré, c'est-à-dire sur une base d'implantation peu solide.

Quel que soit le mode de migration du pneumocoque, sa présence dans la peau est indiscutable, ainsi que l'antériorité du purpura par rapport à la localisation pulmonaire de l'infection pneumococcique.

Ce fait vient ajouter, à la liste déjà longue des agents infectieux susceptibles de déterminer le purpura, un micro-organisme auquel on ne pouvait guère *a priori* supposer une semblable propriété.

GEORGES THIBIERGE.

Rhinosclérome. — F. JAJA. Alcune ricerche batteriologiche su di un caso di rinoscleroma (*Giornale Ital. delle malat. vener. e della pella,* mars 1891, p. 5).

A propos d'un cas de rhinosclérome du nez et du voile du palais, Jaja a entrepris des recherches sur l'action exercée par les antiseptiques sur le microbe du rhinosclérome. Il a constaté que l'immersion du microbe dans une solution d'acide phénique ou de résorcine n'entrave pas son développement, mais que le sublimé le modère ou même l'empêche complètement lorsqu'on le laisse agir pendant un temps suffisant. GEORGES THIBIERGE.

Sarcome cutané. — J.-A. FORDYCE. Multiple pigmented sarcoma of the skin (Kaposi), avec une planche en chromolithographie (*Journal of cutaneous and genito-urinary diseases*, n° 1, 1891 p. 1).

Il s'agit d'un matelot italien vigoureux qui, au moment où Fordyce l'examina (septembre 1890), était atteint depuis deux ans environ.

Il présentait comme antécédents plusieurs attaques de malaria, un chancre suivi de bubon suppuré et des hémorrhagies profuses du dos de la main droite, survenant périodiquement depuis douze ans à la même période sans aucune lésion ni cause occasionnelle quelconque.

Il attribue son affection actuelle à un choc nerveux : revenant d'un voyage, il apprit que sa femme venait de mourir subitement. Le coup fut si rude qu'il perdit connaissance; à la suite il eut pendant plusieurs semaines des épistaxis et de petites hémorrhagies labiales. Elles cessèrent et à peu près à la même époque il remarqua la présence de taches rouge sombre sur le mollet gauche, puis les jours suivants sur la cuisse gauche, et la jambe droite, et enfin sur les bras et les mains. Il y avait un prurit assez gênant. Les hémorrhagies ne reparurent pas, sa santé resta bonne; il trouve cependant qu'il a perdu un peu de sa vigueur.

L'examen du malade montre que les tumeurs sont limitées aux membres; la face, le cou et le tronc en sont indemnes. Elles ne dépassent pas le tiers supérieur de la cuisse et la moitié inférieure du bras; elles sont symétriques. Du côté gauche il semble qu'elles soient plus nombreuses et plus volumineuses qu'à droite.

On voit à la surface dorsale des deux pieds d'étroites bandes d'infiltration bleu noirâtre de 5 à 7 centimètres de longueur, et il y a une infiltration diffuse à la partie postéro-externe du cou-de-pied gauche. Les surfaces dorsales des mains et des doigts sont couvertes de nombreux nodules bleu foncé; et sur le bord cubital de la paume droite il y a une tumeur d'un centimètre de diamètre, entourée de deux ou trois autres plus petites, qui ressemblent beaucoup à des syphilides papulo-squameuses. En certains points les nodules sont légèrement squameux et déprimés au centre comme s'il y avait un processus d'involution. A la périphérie de ces tumeurs déprimées on en voit de plus récentes, dont la couleur est plus fraîche; comme si la maladie avait reçu un coup de fouet (« as is the disease were starting afresh »).

Les nodosités sont franchement cutanées, mobiles avec la peau, et sans limites très nettes. Aux mains et aux bras la maladie revêt plutôt le caractère d'une infiltration diffuse, avec quelques nodules distincts à la périphérie. Les deux poignets sont cerclés de bandes infiltrées de cette espèce, larges de 3 à 4 centimètres et plusieurs bandes plus étroites traversent transversalement les avant-bras.

Par places l'épiderme est brillant comme s'il était distendu et la tumeur ressemble à un angiome.

Il n'y a pas trace d'ulcération présente ou ancienne. Les nodules sont un peu douloureux aux hanches.

Les ganglions inguinaux et épitrochléens sont du volume d'une petite bille, durs et ovalaires.

Examen histologique. — Un des nodules récents a été excisé, durci par l'alcool et coloré au carmin boraté, à l'éosine hématoxylique, à l'hématoxyline et au picro-carmin, et à la safranine.

L'épiderme ne présente guère qu'une hyperpigmentation de ses cellules malpighiennes.

Le derme et l'hypoderme sont remplacés par un tissu de nouvelle formation, dans l'épaisseur de 1/4 à un 1/2 centimètre. Ce tissu est formé de petites cellules fusiformes disposées en faisceaux longitudinaux transversaux et obliques.

Les vaisseaux sanguins sont très nombreux; les cellules fusiformes se groupent entre eux et autour d'eux, et la néoplasie a l'aspect d'un angiome caverneux récent. L'endothélium de quelques vaisseaux a proliféré activement et possède plusieurs couches concentriques de cellules arrondies.

D'autres vaisseaux ont des parois excessivement minces; quelques-uns semblent même en être dépourvus et paraissent creusés directement dans la tumeur.

On trouve du pigment sanguin et des corpuscules rouges dégénérés dans les parois vasculaires et sur la surface de section.

La pigmentation des tumeurs n'est pas due à la présence des granula-

tions pigmentaires des cellules, comme dans les véritables sarcomes mélaniques, ceux de la choroïde par exemple, mais bien aux hémorrhagies précédemment mentionnées.

Fordyce s'accorde avec Kalindero et Babès pour admettre l'origine vasculaire de l'affection.

Le développement simultané des tumeurs aux quatre extrémités, leur indépendance d'une néoplasie primitive, leur étroite ressemblance avec d'autres maladies infectieuses comme la lèpre et la syphilis, portent à les attribuer à une infection d'origine vasculaire.

L'auteur a cherché sans succès à retrouver les bacilles observés par Pringle (*Congrès international de Dermatologie de Paris*, 1889) dans un cas de ce genre.

Il rapporte son cas à la maladie que Kaposi a décrite sous le nom de *sarcome pigmentaire multiple de la peau*, et dont les caractères particuliers sont l'apparition simultanée de tumeurs symétriques des extrémités indépendantes d'une néoplasie primitive, la faible tendance des nodules à se ramollir, et leur évolution très lente.

Le *mycosis fongoïde* d'Alibert a d'évidentes relations avec cette variété de sarcomes, mais il est facile à en différencier par sa période eczématique prurigineuse, la disposition marquée des tumeurs à se ramollir, et leur structure histologique. La parenté de ces deux affections elles-mêmes avec la *lymphodermie pernicieuse* de Kaposi ne peut être considérée comme établie, d'autant plus que cette dernière est en rapport avec une augmentation des globules blancs et une leucémie de la rate et de la moelle osseuse.

Fordyce repousse le *pronostic fatal*, admis sans exception par Kaposi. Il rappelle les cas d'Hardaway (*Journal of cut. and ven. diseases*), ceux de Taylor et de Köbner (*Berliner klin. Wochensch.*, n° 2, 1883), qui infirment absolument cette règle. Toutefois il ne semble pas admettre comme Köbner l'efficacité de la méthode arsenicale. Son malade a absorbé de l'arsenic par injections hypodermiques et par le tube digestif sans aucun résultat appréciable. L. JACQUET.

Sclérodermie. — NIXON. (A case of sclerodermia. (Roy. Acad. of med. in Irel. — (*The Brit. med. Journ.*, 17 janv. 1891, p. 121.)

Il s'agit d'un cas de sclérodermie unilatérale dans lequel il y avait hémiatrophie faciale, atrophie d'un côté du corps et alopécie de la moitié du cuir chevelu du côté correspondant. Larges plaques de morphée disséminées sur les surfaces sclérosées. L'auteur déclare que c'est là un exemple de trophoneurose. Des renseignements plus complets auraient été d'un très grand intérêt. LOUIS WICKHAM.

Sclérodermie. — P. DE MICHELE. Un caso atipico di sclerodermia (*Rivista clinica e terapeutica*, février 1891, p. 61).

Homme de 34 ans, ayant eu depuis six ou sept mois des douleurs qui occupaient d'abord l'articulation de l'épaule droite, puis les deux genoux, enfin les

autres articulations des membres, douleurs qui l'ont réduit à l'immobilité absolue. A l'entrée à l'hôpital, le malade ne pouvait faire un mouvement sans éprouver des douleurs considérables; la peau présentait sur toute sa surface une coloration brunâtre uniforme; la peau des membres inférieurs était sclérosée, dure, tendue et lisse, au niveau des articulations des genoux et des cous-de-pied, rugueuse avec des saillies xérodermiques circumpilaires sur la partie supérieure de la cuisse et la partie moyenne de la jambe; dans les autres régions, les téguments étaient normaux, sauf la pigmentation. Les muscles des membres et spécialement des membres inférieurs étaient flasques, tellement atrophiés que leur altération ne pouvait être mise uniquement sur le compte de leur inertie. Les extrémités de quelques os, en particulier celles des articulations des mains (radio-carpienne, carpiennes, méta-carpo-phalangiennes et phalangiennes) et des genoux étaient le siège d'une tuméfaction; les mouvements étaient douloureux et s'accompagnaient de craquements articulaires. Les mouvements des autres articulations des membres étaient peu étendus. Les lésions articulaires, comme l'atrophie musculaire, étaient plus prononcées à gauche qu'à droite.

L'auteur incline à penser que les arthropathies, de nature rhumatismale, ont été l'origine de lésions des nerfs périphériques aboutissant aux altérations musculaires, osseuses et cutanées. Il admet d'ailleurs comme indubitable le diagnostic de sclérodermie à forme diffuse.

Que les lésions musculaires soient dans ce cas, pour la plus grande part, sous la dépendance des arthropathies, il n'y a guère à le contester; et cette observation ne rentre très certainement pas dans les cas de myopathies survenant au cours de la sclérodermie que nous avons décrites après Westphal et Schultz. Mais il est excessif d'attribuer à ces mêmes arthropathies le développement des lésions cutanées. Ce serait trancher par l'affirmative, sans preuves suffisantes, la question des rapports de la sclérodermie et de la mélanodermie sclérodermique généralisée avec les névrites périphériques. Nous comprenons beaucoup mieux, dans ce cas, la subordination inverse des lésions, c'est-à-dire que nous tendrions à mettre sur le compte de la neuropathie (probablement myélopathie) qui engendre la sclérodermie les arthropathies multiples, arthropathies qui offrent une similitude indéniable avec les manifestations articulaires d'origine nerveuse et, pour le dire incidemment, avec celles des psoriasiques. Il y a en somme, dans la très remarquable observation de P. de Michele, un fait qui donne une fois de plus à réfléchir sur la fameuse origine rhumatismale, tant de fois affirmée et jamais prouvée, de la sclérodermie.

GEORGES THIBIERGE.

Trophiques (troubles). — P. OULMONT ET TOUCHARD. Contribution à l'étude des troubles trophiques dans l'hystérie (*La Médecine moderne*, 12 et 19 février 1891, p. 113 et 139).

Les auteurs rapportent trois observations d'hystérie féminine avec troubles trophiques divers.

Dans la première, il s'agit d'une femme de quarante-cinq ans, présentant une hémiplégie hystérique simulant une hémiplégie organique et ayant eu des attaques convulsives hystéro-épileptiques. Outre une atrophie musculaire très marquée du côté hémiplégié et des troubles vaso-moteurs avec sudation du même côté, la malade présentait des poussées d'eczéma humide

de la main correspondante, dues peut-être plus à la macération de la peau par suite de la flexion des doigts contracturés qu'à une influence trophique; les ongles de la même main étaient hypertrophiés, ébranlés, déchaussés ; le pied était le siège d'un œdème dur et indolent.

Dans la deuxième observation, une femme de trente-sept ans atteinte d'hémiplégie gauche d'origine hystérique et de troubles de la sensibilité générale et spéciale avait une eschare sacrée.

La troisième observation a trait à une femme de trente-huit ans, atteinte d'hémianesthésie hystérique sensitivo-sensorielle du côté gauche, qui présentait en pleine région anesthésique, deux ecchymoses de 3 à 4 centimètres de long sur 1 1/2 de large, occupant l'une la partie moyenne de la face interne de la cuisse gauche, l'autre le thorax au-dessous du sein gauche : ces ecchymoses étaient survenues sans cause appréciable et la malade disait en avoir déjà eu de semblables.

Georges Thibierge.

Verrue du Pérou. — Beaumanoir. De la verruga (*Archives de médecine navale et coloniale*, janvier 1891, p. 1).

Ce travail est le résumé de mémoires publiés par les médecins du Pérou et du Chili sur l'affection connue sous les noms de verrue du Pérou, des Andes ou de Castille.

Après une incubation de huit à quarante jours (vingt-deux jours dans un cas d'inoculation expérimentale chez un médecin qui mourut de la maladie inoculée) surviennent des troubles généraux, malaise, abattement, répugnance à se mouvoir, embarras gastrique, puis des douleurs osseuses et articulaires à exacerbations vespérales, de la fièvre ordinairement à forme intermittente, une décoloration des téguments qui deviennent terreux et des muqueuses qui ont l'aspect de la cire. Au bout d'un temps variant de vingt jours à six et même huit mois, apparaît l'éruption, qui débute par la peau de la face et des membres, puis gagne celle du reste du corps et quelques muqueuses, et qui s'accompagne d'un amendement notable dans les symptômes généraux. Les *verrugas* — tel est le nom qu'on donne aux éléments éruptifs — peuvent occuper la surface ou l'épaisseur du derme ou le tissu cellulaire sous-cutané. On voit d'abord apparaître de petites taches rougeâtres ou plus souvent de petites vésicules rougeâtres ayant tout l'aspect des sudamina et accompagnées de démangeaisons; peu à peu ces taches ou ces vésicules se transforment en papules rosées qui augmentent de volume e deviennent d'un rouge écarlate; quelques-unes se rompent, le plus souvent sous l'influence du grattage, et se recouvrent de croûtes d'un rouge obscur qui tombent en laissant une cicatrice; les tumeurs augmentent par la chaleur et diminuent par le froid; tantôt elles sont très petites et se terminent par dessiccation ou desquamation sans laisser de traces, tantôt elles atteignent le volume d'une orange et plus, ulcèrent et mortifient la peau, se sphacèlent, produisent de vastes plaies et des hémorrhagies abondantes. Les *verrugas* sous-cutanées forment des tumeurs dures, mobiles, lisses, de la grosseur d'un pois chiche, sans adhérence à la peau, sans répercussion ganglionnaire, pouvant disparaître par résorption ou par atrophie ou abou-

tissant à la formation d'une ulcération recouverte de bourgeons charnus ou de fongosités d'un gris sale ou noirâtre exhalant une odeur désagréable; les *verrugas* sous-cutanées ont pour lieux d'élection les genoux, les coudes, la partie antéro-externe et la partie postéro-interne de la jambe, la partie postérieure des malléoles. Les tumeurs qui ne s'ulcèrent pas se résorbent en laissant à leur place une petite tache noirâtre semblable à un nævus dont la couleur s'efface peu à peu et qui finit par disparaître entièrement. Lorsque l'ulcération se produit, la terminaison de la maladie est subordonnée aux désordres produits par les tumeurs et à l'état général du malade.

Les tumeurs qui caractérisent la maladie ont l'aspect, non pas des verrues, mais de néoplasmes du tissu conjonctif; elles ont la structure des sarcomes et certaines d'entre elles ont par places toute l'apparence du tissu caverneux. Isquierdo a trouvé, dans les néoplasmes, entre les éléments anatomiques et dans les vaisseaux sanguins dont ils obstruent parfois complètement le calibre, des bacilles un peu plus gros que ceux de la tuberculose isolés ou réunis en groupes, qui semblent formés de petits grains sphériques ou elliptiques; ces mêmes microbes se rencontrent dans les vaisseaux sanguins de la peau saine et du tissu cellulaire sous-cutané. La description de ces microbes présente des lacunes importantes qui font douter de son exactitude.

La *verruga* est transmissible d'homme à homme par inoculation; sa transmissibilité par contact, voisinage ou cohabitation n'est pas prouvée. Elle se produit parfois avec une grande gravité et une grande fréquence à la suite de grands mouvements de terrains, ce qui donne à penser que son agent pathogène est tellurique et a son habitat dans le sol plutôt que dans les eaux ou l'atmosphère. Elle a des relations étroites, prouvées par son développement dans les mêmes conditions et dans les mêmes localités, avec une affection connue au Chili sous le nom de « fièvre de la Oroya », caractérisée par une adynamie profonde, un état cachectique avec déformation et destruction des globules rouges et leucocytose consécutive : le médecin qui se fit inoculer du sang d'une tumeur de *verrugas* succomba avec les symptômes de la fièvre de la Oroya.

Le traitement doit avoir pour but de favoriser l'éruption et de soutenir les forces du malade que les hémorrhagies épuisent souvent. De plus, il est bon d'émigrer vers le littoral où l'évolution de la maladie se fait d'une façon beaucoup plus bénigne.

GEORGES THIBIERGE.

Syphilides atrophiques. — E. Oppenheimer. [Ueber einen Fall von sogenannter circumscripter Atrophie der Haut nach secundärer Syphilis (*Arch. f. Dermatologie u. Syphilis,* 1891, n° 3, p. 361).

On a observé plusieurs fois après la syphilis secondaire une altération de la peau consistant en rétractions en forme de cicatrices du derme et en un plissé de la peau.

L'auteur a observé un cas de ce genre.

Il s'agit d'un jeune homme de 25 ans. En janvier 1890, deux petites ulcérations, non douloureuses, sur la face externe du prépuce. Ces ulcérations auraient duré six semaines. Au mois de mai de la même année, on remarqua sur la poitrine, l'abdomen et les membres, des taches qui existent encore aujourd'hui. Rien à la face. Sur les membres inférieurs et la fesse droite il y aurait eu de nombreuses ulcérations recouvertes de croûtes. Quelques-unes, comme on peut le reconnaître à leurs cicatrices pigmentées, forment par leur réunion de larges ulcérations en partie de nature serpigineuse, principalement derrière les deux malléoles externes et sur la fesse droite. En même temps il y aurait eu des taches rouges, arrondies, légèrement saillantes sur les membres inférieurs.

A cette époque — mai et juin — douleurs légères persistantes, mais ne s'exaspérant pas pendant la déglutition. Chute des cheveux.

Au moment de son entrée à la clinique, il existait sur le prépuce, à la place des deux ulcérations, deux cicatrices superficielles, non indurées, à pigmentation foncée.

Les ganglions de l'aine des deux côtés, ceux des régions occipitale, sous-maxillaire gauche et cubitales sont engorgés.

Sur les membres inférieurs, taches arrondies, rouge brun, irrégulièrement disséminées, de la dimension d'une lentille à celle d'un pois, pâlissant à la pression, mais laissant une teinte pigmentée.

Au niveau des hanches, taches plus pâles, plus irrégulières.

Plaques analogues isolées sur la surface de flexion des jambes, nombreuses sur le côté de l'extension.

Mais les taches sont surtout en grand nombre sur les bras et le tronc. Sur l'abdomen, ces taches sont confluentes et forment là un dessin semblable à une carte géographique.

Sur l'abdomen et au niveau des coudes, les taches sont légèrement saillantes.

La coloration bleue des taches fait penser aux taches bleues, surtout en raison de leur localisation sur l'abdomen, dans le creux des aisselles et les bras.

Un autre phénomène est la laxité de la peau qui forme de nombreux petits plis. Si l'on passe le doigt sur la région latérale du cou, la peau forme de petits plis qui persistent un certain temps et disparaissent ensuite spontanément. La direction des plis qui se trouvaient principalement au cou, à l'hypogastre et au dos suivaient les trajets des fentes indiqués par Langer.

Tandis que le plissé du cou et de l'abdomen ne se produisaient que par le passage du doigt, sur le dos il était constant. Ici ils forment des groupes

de quatre à cinq plis d'un centimètre de longueur environ courant parallèlement aux côtes et donnent alors à la peau de cette région un aspect marbré. Les orifices des follicules pileux des deux côtés de la colonne vertébrale sont très larges; nulle part on n'y trouve de poils.

Toutes les fonctions de la peau sont normales. Il s'agit donc ici d'un cas assez grave d'infection syphilitique qui a amené dans sa période secondaire une syphilide maculo-papuleuse et ulcéro-croûteuse. Comme restes de cette syphilide, on trouve d'une part les taches pigmentaires et de l'autre les taches bleues sur les régions indiquées ci-dessus et le plissé de la peau.

Les deux derniers phénomènes tiennent à une atrophie quelconque d'une partie de la peau. Pour le déterminer, on excise deux petits fragments de la peau du bras et de l'abdomen.

Sur le fragment du bras on constate une très forte infiltration de petites cellules qui atteint légèrement toute la couche conjonctive profonde du derme, profondément la couche papillaire et est surtout prononcée dans le voisinage des vaisseaux et des annexes de la peau situés dans le derme. Les vaisseaux sont très fortement infiltrés; sur quelques coupes, toute la papille est remplie de cellules rondes et on n'aperçoit plus le calibre des vaisseaux.

Il existe aussi une très forte infiltration au voisinage des follicules pileux, des glandes sébacées et sudoripares.

L'épiderme paraît un peu aminci, en quelques points ses papilles sont aplaties et fondues ensemble. La partie conjonctive du derme ne présente que peu de modifications. Les fibres ont conservé la direction horizontale, quelques-unes seulement forment des cordons verticaux. En certains points les fibres sont plus serrées qu'à l'état normal, en d'autres plus relâchées et forment des lignes ondulées.

Fibres élastiques partout assez nombreuses. On observe les mêmes conditions dans le fragment excisé de la peau de l'abdomen. Ici aussi on ne découvre rien, ce qui paraît spécialement atrophié et pouvant expliquer le plissé de la peau, n'est ici que l'infiltration plus faible, et ne se rencontre que sur les vaisseaux. Les faisceaux de tissu conjonctif sont ici beaucoup plus serrés les uns contre les autres qu'au bras.

Microscopiquement, on ne peut se faire une idée nette sur les causes du plissé et des dépressions.

L'infiltration est toutefois un produit de la maladie syphilitique des vaisseaux et du tissu conjonctif.

L'infiltration qu'on observe au bras est un processus plus jeune qu'à l'abdomen. Ici la résorption existe déjà et consécutivement il est survenu un rapprochement plus complet des couches profondes du derme. Par suite l'épiderme qui les recouvre est distendu par l'infiltration antérieure et la couche supérieure du derme trop grande se plisse.

Au bras, l'infiltration est plus prononcée et plus jeune; par conséquent, aussi la teinte bleue des points déprimés, provenant de la transparence plus nette des vaisseaux très infiltrés.

Dans ce cas, on a affaire, non à une atrophie, mais à un amincissement du tissu conjonctif occasionné par la distension et la déchirure du tissu

conjonctif, amincissement qui disparaîtra avec le temps et la peau reprendra alors son aspect normal. A. Doyon.

Syphilis à marche anormale. — Feibes. Ein Fall von Syphilis mit ungewöhnlichen Verlauf (*Berlin. klin. Wochensch.*, 1891, n° 22, p. 539).

Il s'agit d'un jeune homme de 28 ans qui, huit jours après le dernier coït il y a environ quatre semaines, vit survenir sur le prépuce un ulcère qu'un médecin considéra comme un chancre simple. Tous les trois jours, il cautérisa la plaie avec le nitrate d'argent et prescrivit comme pansement la poudre d'aristol. Sous l'influence de cette médication l'ulcère augmenta en profondeur et en étendue, les ganglions inguinaux du côté droit, qui auparavant n'étaient que tuméfiés et durs, prirent un volume considérable, devinrent douloureux et enflammés.

Au moment où le Dr Feibes vit le malade, six semaines après le début de l'affection, il constata sur le côté droit du pénis, sur la face interne du prépuce et passant sur le sillon coronaire sur le gland un ulcère à bords à pic et à base purulente de la dimension d'une pièce de 50 centimes. L'ulcère est très dur et douloureux. Le cordon lymphatique dorsal du pénis n'est pas engorgé, pas d'uréthrite. Ganglions inguinaux du côté droit très tuméfiés, pas de fluctuation. Pas d'exanthème syphilitique; rien du côté de la muqueuse bucco-pharyngienne. Douleurs occipitales sourdes, continues, fortes, qui troublent le sommeil.

En raison de la persistance du chancre et de la céphalée l'auteur prescrit une cure par les injections de salicylate de mercure, bien qu'il n'y ait pas de point de repère positif en faveur de la syphilis, l'induration du chancre pouvant s'expliquer par les cautérisations.

Dès la deuxième injection le chancre commença à se cicatriser, la sensibilité des ganglions diminua ainsi que leur volume, ce qui justifiait la justesse du diagnostic. Après quatre injections l'ulcère était cicatrisé et les ganglions avaient entièrement disparu. A la fin de la troisième semaine du traitement le malade remarqua sur le dos de la verge une tumeur sous-cutanée, mobile sous la peau et à peine douloureuse; le cordon lymphatique sous-jacent n'était pas engorgé. Douze jours plus tard l'auteur en examinant le malade constata : la présence d'une gomme de la grosseur d'une noisette accompagnée d'engorgement du cordon lymphatique dorsal de la verge, avec sécrétion purulente par l'urèthre et miction très douloureuse. L'examen microscopique du pus uréthral montra qu'il n'y avait pas trace de gonocoques.

La continuation du traitement mercuriel, auquel on ajouta 4 grammes par jour d'iodure de potassium, amena au bout de vingt jours la disparition complète de la tumeur, la cessation de l'écoulement et des douleurs pendant la miction.

Ce cas rentre dans les syphilis malignes précoces. L'accident tertiaire s'est développé ici sous les yeux de l'auteur, pendant un traitement mercuriel très énergique, environ neuf semaines après le début du chancre, chez un individu vivant dans de bonnes conditions hygiéniques et jouissant d'une excellente santé. A. Doyon.

REVUE DES LIVRES

Du Castel. **Leçons cliniques sur les affections ulcéreuses des organes génitaux chez l'homme,** professées à l'Hôpital du Midi, recueillies par MM. Berdal et Critzman, in-8°. Paris, Doin, 1891.

Ainsi que l'indique leur titre, ces leçons embrassent successivement l'étude du chancre syphilitique, du chancre simple et du chancre mixte, de l'herpès et des balanites, des syphilides ulcéreuses chancriformes, et constituent un véritable traité pratique de diagnostic vénéorologique. Le diagnostic différenciel de ces diverses lésions se pose continuellement dans la pratique et il importe d'être bien rompu à toutes les difficultés qu'il présente parfois pour éviter une erreur dont les conséquences peuvent être si graves à divers égards. Le lecteur trouvera dans ces leçons un exposé parfaitement clair et résumé de ce qu'il convient de connaître en ces matières; aussi bien l'auteur n'a-t-il voulu que présenter la somme de nos connaissances sur ces diverses questions. Mais en plusieurs de ces leçons, il a su faire œuvre bien personnelle; à ce point de vue nous recommandons surtout la lecture des leçons sur les syphilides chancriformes, où l'histoire de la syphilis récidivée est très nettement exposée, avec toutes les difficultés etles obscurités qu'elle présente. On trouvera également d'autre part une étude fort complète des balanites, et les résultats de la pratique de l'auteur dans le traitement du chancre simple par l'acide phénique au dixième. Ouvrage clinique avant tout, ce volume rendra de grands services aux élèves et aux praticiens et les mettra à même de formuler sans difficulté des diagnostics dont ils ont besoin chaque jour. H. F.

Moncorvo et Ferreira. **Du traitement de la syphilis infantile par les injections sous-cutanées de sels mercuriels.** In-8°, Paris, Steinheil, 1891.

Jusqu'alors réservées presque exclusivement au traitement de la syphilis des adultes, les injections sous-cutanées de sels mercuriels ont été appliquées par ces auteurs à la thérapie de la syphilis infantile. L'hérédo-syphilis serait extraordinairement fréquente au Brésil,puisque M. Moncorvo, chargé du service de pédiatrie à la Policlinique générale de Rio-Janeiro, estime que les cas d'hérédo-syphilis existent dans la proportion de 55 p. 100 environ sur le total des enfants soignés dans son service. MM. Moncorvo et Ferreira ont traité par les injections 47 enfants de 38 jours à 14 ans. Les injections ont été faites avec les précautions antiseptiques les plus complètes et l'endroit choisi a été, comme chez l'adulte, la fossette rétrotrochantérienne. Ils ont employé dans cinq séries d'observations, le *calomel*, l'*oxyde jaune*, l'*huile grise*, le *salicylate d'hydrargyre* et le *sublimé*. Pour le calomel, la dose variait de 3 à 5 centig.; pour l'oxyde jaune, elle était de 5 centigr. Mais les auteurs donnent la préférence à l'huile grise (la quantité injectée a varié de 2/5 à la totalité d'une seringue de Pravaz) parmi les sels insolubles, et au sublimé parmi les sels solubles. Ils ont constaté les bons effets de cette méthode, exempte de dangers, et la considèrent comme devant être admise désormais dans le traitement de la syphilis infantile.

H. F.

G. Thomas Jackson. **A dermatological bibliography.** In-8°, 91 pp. New-York, 1891.

Le travail de M. Jackson, présenté à l'*American Dermatological Association* en 1889, n'est pas, comme le reconnaît lui-même l'auteur dans sa page de préface, une véritable bibliographie, mais seulement un catalogue de livres contenant le titre et l'indication bibliographique, et souvent aussi le prix des traités généraux ou monographies concernant la dermatologie et aussi la syphilis.

Car, bien que celle-ci ne figure pas sur le titre, M. Jackson lui accorde 24 pages dans lesquelles les ouvrages cités sont rangés purement par ordre alphabétique d'auteurs. Dans la partie dermatologique, au contraire, l'auteur a essayé de classer les ouvrages par genre, citant en tête les traités généraux, puis les monographies sur les principales dermatoses rangées elles-même dans l'ordre alphabétique. Tel qu'il est, ce petit travail n'a nullement la prétention d'être une bibliographie analogue à celle que vient de publier Proksch sur les maladies vénériennes, et n'a aucun rapport avec les excellents recueils publiés annuellement par M. Szadek. Il constitue seulement un bon catalogue de librairie, qui rendra de réels services à quiconque voudra se monter une bibliothèque dermato-syphiligraphique. H. F.

Guy's Hospital Reports, t. XLVII. In-8°. London, 1890.

Ce volume, qui débute par la notice nécrologique accompagnée d'un beau portrait photographique, de sir William Gull, l'auteur des premières recherches sur le myxœdème, mort à la fin de janvier 1890, ne contient aucun article, parmi les mémoires publiés, concernant la dermatologie ou la syphiligraphie. Toutefois, en parcourant, à la fin du volume, le catalogue des préparations déposées au musée pathologique de Guy's Hospital pendant l'année 1890, nous relevons plusieurs pièces intéressant la spécialité. N°s 1074 : *Gomme suppurée de l'os frontal;* enfant de 2 ans, syphilitique héréditaire. 1152 : *Ostéite syphilitique du fémur,* provenant d'un homme de 45 ans, mort d'accidents cérébraux. 3043 : *Ulcération syphilitique du larynx,* avec destruction des cordes vocales, pièce provenant d'une femme de 30 ans qui avait succombé aux progrès de l'obstruction laryngée. 3053 : *Rétrécissement du larynx d'origine lépreuse,* homme de 21 ans admis à l'hôpital des lépreux depuis l'âge de 9 ans. 3166 : *Rétrécissement syphilitique de la trachée.*

Quel dommage que des recueils semblables aux *Reports* des hôpitaux anglais n'existent pas en France au moins pour nos principaux établissements! Que de richesses scientifiques perdues, observations cliniques, autopsies intéressantes, pièces curieuses conservées dans les musées particuliers seraient ainsi mises au jour pour le plus grand bien de l'instruction générale ! H. F.

Le Gérant : G. Masson.

Paris. — Typ. Chamerot et Renouard, 19, rue des Saints-Pères. — 28003.

TRAVAUX ORIGINAUX

UTILITÉ DE L'INTERVENTION CHIRURGICALE PRÉCOCE

DANS LES LEUCOKÉRATOSES DE LA BOUCHE ET DE LA VULVE

Par le Dr **L. Perrin** (de Marseille)

Malgré les nombreux et importants travaux auxquels elle a donné lieu, l'histoire de la leucoplasie offre encore bien des lacunes à combler, des questions difficiles et délicates sur lesquelles la science est loin d'être fixée.

Dans une remarquable étude annexée à la traduction des leçons du professeur Kaposi, notre cher et éminent maître M. Ernest Besnier vient de montrer quel était sur ce sujet, qui intéresse autant le dermatologiste que le chirurgien, l'état actuel de nos connaissances et combien de points obscurs contestés et contestables existaient encore.

Au lieu des mots *leucoplaquia* et *leucoplasie* qui avaient remplacé avantageusement les mots de psoriasis, ichthyose, tylose, etc., il (1) désigne, sous la dénomination nouvelle de *leucokératoses*, toutes les affections blanches des muqueuses. Leur caractère élémentaire, supérieur et commun est, en effet, le trouble de la fonction épithéliale — kératose, dyskératose, hyperkératose ; — anatomiquement elles sont toutes des kératoses et objectivement des kératoses blanches. Les unes sont syphilitiques directement par l'objectivité et par l'action thérapeutique; les autres développées chez des anciens syphilitiques sont objectivement douteuses, ne subissent pas l'action du traitement antisyphilitique (leucokératoses syphilitiques et parasyphilitiques). Les autres semblent être la première expression d'un état morbide diathésique (leucokératoses buccales simples, idiopathiques, diathésiques). Quelques-unes sont notamment en rapport avec des abus réels de tabac, une profession déterminée, le mauvais état de la dentition, etc. (leucokératoses des fumeurs, des verriers, dentaires, etc.). Enfin à côté de ces faits simples et nettement qualifiés, il existe

(1) *Pathogénie et traitement des maladies de la peau*, par le Prof. M. Kaposi, traduit par MM. E. Besnier et A. Doyon, p. 678, 1891.

un grand nombre de cas mixtes, à la fois influencés par la syphilis et le tabac et favorisés par la prédisposition arthritique du sujet. Il est souvent impossible d'établir la part qui revient à chacune de ces causes qui paraissent combiner leur action pour produire les lésions leucokératosiques.

On peut se demander si ces leucokératoses constituent une entité morbide vraie pouvant se développer sous l'influence des causes diverses que nous venons d'énumérer, ou bien s'il faut distinguer des leucokératoses dites essentielles survenant, en vertu d'une prédisposition spéciale, chez des individus exempts de toute tare arthritique et syphilitique, en l'absence de toute cause d'irritation locale, s'il faut distinguer d'autre part des leucokératoses arthritiques, syphilitiques, parasyphilitiques, traumatiques (fumeurs, verriers), etc., toutes affections distinctes les unes des autres par leur pathogénie, leur nature, leur évolution, leurs réactions thérapeutiques, mais ayant un syndrome objectif commun, la plaque blanche. Certes ces questions ont une importance capitale au même titre que celle qui consiste à savoir si les leucokératoses doivent être considérées comme la première période de l'épithéliome, ou bien au contraire si elles sont nettement distinctes dans leur nature de l'épithéliome, mais peuvent se compliquer de cette affection à une certaine période de leur évolution.

Les documents que nous avons recueillis ne nous permettent pas d'élucider ces points encore si obscurs et si discutables. Par contre, ils nous paraissent avoir un intérêt pratique majeur, en ce sens qu'ils montrent de la manière la plus claire toute l'importance que peut avoir dans le traitement de ces leucokératoses une intervention chirurgicale précoce. C'est à ce titre qu'ils nous ont paru devoir être publiés.

Parmi les observations que nous rapportons, deux sont des cas de leucoplasie linguale avec dégénérescence épithéliale; dans une autre plus intéressante, la lésion a pour siège non la muqueuse buccale, mais la muqueuse vulvaire dont la leucoplasie est fort peu décrite; dans ce cas encore, l'épithéliome s'est développé au niveau des plaques blanches. Ces trois observations sont suivies d'une étude histologique que nous devons à l'obligeance de M. Wallich. Une autre de nos observations est un exemple de leucoplasie des lèvres avec ulcérations, excroissances verruqueuses et productions cornées; elle a été traitée par la destruction des plaques avec le thermo-cautère; la guérison se maintient depuis trois ans.

LEUCOPLASIE LINGUALE

Observation I. — *Leucoplasie linguale. Épithélioma.*

M. X..., âgé de 53 ans, ancien officier de cavalerie, vient nous consulter au moins d'octobre 1889. Ses antécédents pathologiques sont assez impor-

tants : son grand-père est mort d'un cancer de la lèvre inférieure qui s'était propagé à la commissure labiale, à la joue, au maxillaire inférieur; son père a été opéré d'un épithélioma de la lèvre inférieure et mourut quatre ans après d'une pneumonie sans avoir eu de récidive. Il n'a qu'une sœur qui est rhumatisante et nerveuse. Quant à lui, c'est un homme solide et vigoureux; il est marié depuis dix ans; sa femme n'a jamais été enceinte. Il souffre quelquefois de douleurs dans les genoux et les cuisses, mais sa santé a toujours été excellente jusqu'en 1887. A cette époque il a eu, étant en Algérie, des accès de fièvre paludéenne dont deux pernicieux; depuis qu'il a quitté le pays, il se porte très bien. Il nie tout antécédent syphilitique, mais en l'examinant, nous trouvons sur le membre supérieur gauche des lésions nettement spécifiques. En effet, sur la partie moyenne du cubitus, au niveau de sa face postérieure, existe une exostose ayant 3 centimètres de longueur; sur les téguments de la région postérieure du coude, on voit un grand placard de syphilide gommeuse sèche s'étendant depuis la partie inférieure du bras jusqu'à la moitié supérieure de l'avant-bras. Les nodules gommeux existent à tous les degrés d'évolution : au centre des cicatrices, les unes blanches, les autres pigmentées, certaines rouges, maculeuses encore recouvertes d'une croûtelle adhérente; enfin vers la périphérie trois ou quatre petites tumeurs intra-cutanées solides, fermes, consistantes.

S'il n'a aucun souvenir d'avoir contracté la syphilis, le malade avoue avoir fait depuis sa jeunesse des excès de tabac; c'est un grand fumeur, il avait toujours, dit-il, la pipe ou la cigarette à la bouche. Pas d'alcoolisme.

Il s'est aperçu, il y a onze ans, en 1878, de l'affection pour laquelle il vient consulter; il avait alors 42 ans. Depuis cette époque, sa langue a toujours été recouverte de plaques blanches qui ont peu à peu augmenté d'étendue et d'épaisseur; quand elles étaient trop saillantes et le gênaient, il raconte qu'il les enlevait en les raclant avec un couteau. Il n'avait jamais souffert de cette affection jusqu'au moment où une crevasse se serait produite sur le bord gauche de la langue. Le malade fait remonter cet accident au mois de juillet 1889. Au mois d'octobre suivant, quand nous le voyons pour la première fois, nous constatons l'état suivant.

La face dorsale de la langue dans ses deux tiers antérieurs, sauf à la pointe, est presque entièrement recouverte de plaques d'un blanc d'argent. Sur la moitié droite et sur la partie médiane existe un placard épais, rugueux, fortement adhérent à la muqueuse. Sur la moitié gauche et un peu en avant du V lingual, on voit un autre placard irrégulier ayant 2 centimètres d'étendue et présentant les mêmes caractères que le précédent. La lésion la plus grave et la plus récente siège sur le bord gauche et la face dorsale de la langue de ce côté. C'est une surface ulcérée, située à 3 centimètres de la pointe et offrant les caractères suivants. L'ulcération est d'un rouge vif, ovalaire, ayant environ la dimension d'une pièce de un franc; elle présente en certains points de sa surface de petits îlots blancs, formés de débris épithéliaux, ressemblant à des greffes cutanées; sur ses bords l'ulcération est immédiatement entourée d'un anneau ayant 1 centimètre de hauteur et d'épaisseur; il est constitué par des saillies d'un blanc crémeux, adhérentes à la muqueuse par leur base et par leur partie interne à l'ulcération

qu'elles enserrent, tandis que, par leur partie supérieure, elles sont libres, détachées et forment comme une espèce de collerette à la surface ulcérée. Celle-ci et sa bordure leucoplasique reposent sur une base résistante et indurée. Elle est sensible au toucher et le malade se plaint de douleurs vives pendant le jour, mais encore plus intenses pendant la nuit; pour les calmer il fait fréquemment des badigeonnages avec une solution de cocaïne. La mastication est très gênée, la parole embarrassée. Les dents ne sont pas en mauvais état, sauf les incisives inférieures qui sont déchaussées en partie, noirâtres, mais ne présentent pourtant aucune arête saillante. Sous la branche horizontale du maxillaire du côté de l'ulcération, on sent un petit ganglion mobile, de la grosseur d'une noisette, non douloureux, et qui, d'après le malade, existerait depuis trois ans. En présence de cette leucoplasie et des caractères de l'ulcération qui nous la font considérer comme étant de nature épithéliale, nous disons au malade que, malgré la lésion syphilitique qu'il porte sur l'avant-bras, nous ne croyons pas devoir le soumettre à un traitement antisyphilitique, que son salut dépend d'une ablation faite le plus tôt possible de la partie ulcérée.

Nous ne revoyons le malade que deux mois après; il va de mal en pis, il a consulté les uns et les autres, il a essayé de tous les médicaments, il a pris de l'iodure de potassium et du mercure; maintenant, il n'a plus un instant de repos, ses souffrances sont atroces, il a des idées de suicide. Il éprouve dans la bouche, suivant son expression, une sensation de charbon ardent; la salivation est continuelle. Enfin l'amaigrissement est très marqué : il meurt de faim, ne pouvant prendre que quelques aliments liquides à peine chauds.

L'ulcère s'est étendu en surface et en profondeur dans l'espace de deux mois. Il occupe une grande partie de la face dorsale et du bord gauche de la langue; ses dimensions sont de 4 centimètres de long sur 3 centimètres de large; il est rougeâtre, creusé profondément et reposant sur une masse néoplasique remarquable par sa dureté. Ses bords sont durs, épais, renversés. Les placards leucoplasiques constatés il y a deux mois ne se sont pas modifiés; le ganglion sous-maxillaire n'a pas augmenté de volume, il est toujours mobile et non douloureux.

L'ablation de la partie malade est pratiquée le 28 décembre 1889 par M. Villeneuve, professeur de clinique chirurgicale. Les détails de l'opération sont sans grande importance. Après chloroformisation et hémostase préventive assurée par deux fortes pinces, d'un coup de bistouri, la partie malade est abattue et, après ablation de ce fragment en forme de V, les bords de la plaie sont suturés avec le crin de Florence. Pendant le passage des fils, la langue étant attirée fortement en dehors, on voit à plusieurs reprises un petit jet de liquide s'échappant par l'embouchure du conduit excréteur des glandes sous-maxillaires.

Les suites de l'opération furent des plus simples : le malade éprouva un très grand soulagement après l'opération, il ne souffrait plus et put dormir la nuit pendant quelques heures; il n'y eut pas d'hémorrhagie, mais la réunion immédiate fut incomplète, plusieurs fils ayant déchiré les tissus.

Jusqu'au mois d'octobre 1890, c'est-à-dire pendant une durée de neuf

mois, la santé a été parfaite; le malade a pris de l'embonpoint, il pèse quatorze livres de plus qu'autrefois, jamais il n'avait été aussi gros; la mastication et la parole ne sont nullement gênées; la sensibilité gustative est absolument indemne. Le malade ne se plaint que d'une sensation de sécheresse ligneuse qu'il éprouve dans la bouche.

Les plaques leucoplasiques existent toujours et n'ont pas été modifiées soit par la médication générale (solution arsenicale), soit par les soins locaux (pulvérisations, lotions, onctions boriquées, badigeonnages avec une solution d'acide salicylique, etc.). La langue présente neuf mois après l'opération l'état suivant. Le bord gauche est le siège d'une cicatrice souple; au niveau de l'angle aigu formé par l'ablation du fragment en V qui a été pratiquée, il y a dix mois, on voit une surface ridée formée par cinq ou six plis de la muqueuse qui est comme froncée en ce point. De l'extrémité supérieure de ces plis jusqu'à 2 centimètres de la pointe de la langue, s'étend un vaste placard bien limité blanc jaunâtre recouvrant par conséquent toute la face dorsale de l'organe. Ce placard est épais, dur, comme croûteux, à surface rugueuse; il est fortement adhérent à la muqueuse. A la loupe on voit qu'il présente trois ou quatre sillons transversaux, déprimés, larges d'un demi-centimètre, qui sont limités par des arêtes hérissées d'aspérités, sortes de saillies cornées, dures au toucher et d'une coloration blanc crémeux. Sur les sillons déprimés existent des ponctuations, un état piqueté particulier constitué par de petits orifices arrondis, creusés comme à l'emporte-pièce dans l'épaisseur de la plaque, mais n'allant pas jusqu'à la muqueuse sous-jacente. Cet aspect rappelle un peu ce qui se voit sur les ongles dans le psoriasis ou l'eczéma.

Le ganglion sous-maxillaire du côté gauche est toujours dans le même état; mais il en existe un autre ayant le volume d'une olive et siégeant à la partie antéro-latérale du cou, à 3 centimètres et demi au-dessus de la clavicule, sur le trajet du sterno-cleido-mastoïdien.

Dans une consultation avec M. Villeneuve, nous proposons l'ablation de ce ganglion : ce conseil n'est pas suivi par le malade. Quand nous le revoyons à la fin du mois de décembre, il se plaint d'avoir pendant la nuit, quand il est couché, des quintes de toux qui ne cessent que lorsqu'il se met sur son séant; il a des douleurs dans la région occipitale du côté gauche au niveau de l'insertion supérieure du muscle sterno-mastoïdien; enfin il ne peut incliner la tête de ce côté, ni porter le menton du côté opposé. Ces phénomènes sont en rapport avec l'augmentation de volume qu'a subie la tumeur ganglionnaire que nous avons constatée au mois d'octobre dernier, il y a à peine trois mois. Cette tumeur a aujourd'hui le volume d'un gros œuf de poule, elle siège sur la partie antéro-latérale du cou, au niveau des ganglions carotidiens à 3 centimètres au-dessus de la clavicule. Elle fait une saillie manifeste et s'étend profondément pour comprimer le pneumogastrique (quintes de toux) et le muscle sterno-mastoïdien auquel elle adhère. La peau est tendue à son niveau; par la palpation, on sent une masse dure, uniforme, sans bosselures. La tumeur a surtout pris ces proportions depuis un mois. Le malade raconte que pour éviter une nouvelle opération, on lui a fait dans la tumeur cinq ou six injections de liqueur de Van Swieten, une seringue de Pravaz chaque fois.

Ces injections, étant très douloureuses, étaient additionnées de quelques gouttes d'une solution de cocaïne.

L'examen de la langue ne présente aucun fait nouveau à signaler : il n'y a aucune trace de récidive de l'épithélioma; la plaque blanc jaunâtre, épaisse, dure, cornée et adhérente que nous avons décrite sur toute la face dorsale droite de la langue, présente toujours les mêmes caractères.

Le 30 décembre, le malade entre à l'Hôtel-Dieu dans le service de M. Villeneuve qui tente de faire l'ablation de la tumeur ganglionnaire. L'incision de celle-ci laisse sortir un magma semi-liquide de couleur foncée; après une injection, on constate qu'il existe une vaste cavité limitée par une paroi résistante et très adhérente à toutes les parties voisines. La dissection de cette poche étant trop dangerense, après l'avoir badigeonnée avec une solution de chlorure de zinc, la réunion est faite dans la partie supérieure de la plaie; par la partie inférieure on introduit de la gaze iodoformée. Au bout de huit jours, le malade sort de l'hôpital et quitte Marseille pour aller dans sa famille. Nous avons reçu à plusieurs reprises de ses nouvelles : la plaie s'est étendue en surface et en profondenr, des bourgeons cancéreux se sont développés avec rapidité donnant lieu à des hémorrhagies répétées qui ont peu à peu affaibli le malade qui a fini par mourir après de vives souffrances au mois de juin 1891.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Lésions de l'épithélium. — L'épithélium sur certaines coupes apparaît tout à fait normal; dans d'autres, il est manifestement altéré. Ces altérations consistent en épaississement considérable de la couche épithéliale avec légère hypertrophie des papilles. Dans le *stratum corneum* très épaissi, on observe des cellules nucléées dont quelques-unes renferment des grains d'éléidine. Par places il existe de l'éléidine diffuse se manifestant par une coloration rouge en masse, les autres points sont teintés en jaune.

Le *stratum granulosum* est aussi hypertrophié, il compte trois ou quatre couches de cellules au lieu de une à deux comme à l'état normal. Il est formé de cellules possédant un noyau qui, dans certains points, présente très nettement des grains d'éléidine. Il y a aussi de l'éléidine diffuse, soit en plaques intercellulaires, soit en réseau péricellulaire.

Le *stratum malpighien* est très épaissi, mais la limite qui le sépare du derme est partout normale. Quant au derme lui-même, il est très infiltré de cellules rondes surtout par places. Les vaisseaux sont normaux. Dans cette coupe, on ne voit pas de globes épidermiques soit dans la couche épithéliale, soit dans la couche conjonctive. En résumé, il y a ici une inflammation de la muqueuse, une glossite qui se traduit par une infiltration embryonnaire du derme, la prolifération de l'épithélium et une déviation du processus de kératinisation. L'éléidine qui, d'après Ranvier, ferait défaut à l'état normal apparaît en abondance, mais il semble qu'elle soit incapable d'aboutir à la kératinisation vraie puisqu'on la retrouve dans la couche superficielle.

Observation II. — *Leucoplasie linguale.*

M. X..., âgé de 50 ans, employé au chemin de fer, nous est adressé par un de nos confrères pour une leucoplasie linguale le 24 août 1889.

Les antécédents morbides de X... sont les suivants. En 1859, il a eu à l'âge de 20 ans, pendant qu'il faisait son service militaire dans les zouaves, un chancre considéré comme syphilitique et traité comme tel à l'hôpital militaire d'Alger. Le traitement fut de courte durée, le malade n'étant resté qu'une vingtaine de jours à l'hôpital. Depuis cette époque, il n'a jamais eu d'accident et n'a suivi aucun traitement. En 1869, il se marie : sa femme a eu cinq grossesses toutes arrivées à terme; mais, sur cinq enfants, les deux derniers sont seuls vivants et bien portants; les trois premiers sont morts : l'aîné à l'âge de 7 ans, à la suite de convulsions et d'une affection des bronches (?), les deux autres à quinze mois et à vingt-sept mois, l'un et l'autre de méningite.

Nous trouvons encore à noter dans les antécédents du malade des douleurs articulaires à caractère rhumatoïde localisées surtout aux genoux et dans les épaules; il en souffre depuis l'époque où il a fait son service militaire, il les a contractées en couchant sous la tente. Il y a quatre ans, en 1885, il a eu un rhumatisme articulaire subaigu qui l'a forcé à garder le lit pendant quarante-huit jours.

Outre ses antécédents de syphilis probable et d'arthritisme certain, le malade est alcoolique et fumeur. C'est un grand mangeur, un gros fumeur; il fumait dans la pipe 40 grammes de tabac par jour; il a fait des excès de boissons autrefois et maintenant il boit tous les jours en dehors des repas plusieurs verres d'alcool.

Ses parents sont morts : son père à 69 ans, il ignore de qu elle maladie sa mère à 57 ans, elle était asthmatique; il a trois frères dont l'un est sujet à des accès d'asthme et deux sœurs qui sont bien portantes.

L'affection de la langue pour laquelle le malade vient nous consulter, a débuté il y a quatorze ans, en 1875; il avait alors 36 ans. Il a remarqué à cette époque qu'il se formait des plaques blanches sur les côtés de la langue et principalement sur le bord gauche en contact avec la pipe. Ce côté de la langue étant devenu sensible, le malade fuma du côté droit, et il y a deux ans, en 1887, une petite plaie survint de ce côté. La suppression absolue du tabac et les lotions boriquées amenèrent la cicatrisation de cette plaie. Le malade crut alors pouvoir reprendre l'usage du tabac, mais au lieu de la pipe, il se met à fumer seulement la cigarette, plus d'une vingtaine par jour. C'est sous l'influence de cette nouvelle cause d'irritation que semble avoir apparu une ulcération sur le bord gauche de la langue. Cette ulcération date de quatre mois (mai 1889), quand nous voyons le malade pour la première fois.

Le 24 août 1889, nous constatons l'état suivant. Le malade est un homme robuste, grand, bien constitué, très bien portant, sauf un peu d'emphysème pulmonaire. La langue présente des altérations différentes sur chacune des moitiés de la face dorsale. A gauche de la ligne médiane existent deux régions malades, l'une antérieure à 2 centimètres de la pointe; l'autre, en

arrière de celle-ci, est plus étendue. L'une et l'autre sont allongées dans le sens antéro-postérieur. La première est rouge et simplement exulcérée; l'autre présente une configuration assez singulière. Elle a à peu près dans sa totalité la dimension d'une pièce de un franc; à son centre on voit une surface blanc grisâtre lisse et unie, de forme irrégulière, ayant l'aspect d'une feuille de trèfle. Cette surface est séparée par une fissure profonde et ulcérée, d'une bordure un peu surélevée, desquamée à coloration rougeâtre.

La moitié droite de la face dorsale de la langue est moins altérée : on voit en allant d'arrière en avant une plaque blanche, laiteuse, adhérente, siégeant à la partie postérieure de la langue, située à 3 centimètres en avant du V lingual; puis une surface presque quadrilatère, présentant un aspect décoloré, grisâtre ardoisé, sillonnée de plis très superficiels à direction longitudinale; en avant de cette surface, sur le bord de la pointe une petite bande de papilles saines; enfin à la pointe dans l'étendue de 1 à 2 centimètres une plaque blanche transversale s'étendant jusqu'à la face inférieure de la pointe.

La commissure labiale et la face interne de la joue du côté droit sont le siège d'une plaque allongée blanc grisâtre. Les dents sont en bon état. On ne sent en aucun point de la région sous-maxillaire de ganglion augmenté de volume.

Dès l'apparition de la lésion ulcéreuse, c'est-à-dire depuis plus de trois mois, le malade a été soumis par son médecin au traitement antisyphilitique, et localement à des lotions et pommades boriquées. Nous écrivons à notre confrère qu'aucune amélioration n'ayant été produite soit par le traitement général soit par les soins locaux, nous pensons à une dégénérescence épithéliale de la lésion et conseillons une ablation rapide.

Nous ne revoyons plus le malade de dix à onze mois; au mois de juin 1890, quand il se présente à nous, il est dans l'état suivant. Le malade parle avec la plus grande difficulté, la mastication est impossible, il ne peut avaler que des aliments demi-liquides à peine chauds, et encore est-il obligé, avant toute ingestion, de badigeonner la surface ulcérée avec une solution de cocaïne au vingtième. La langue du côté droit ne présente pas de changements notables; du côté gauche, au contraire, la lésion a fait de grands progrès. Il n'existait qu'une fissure et une surface exulcérée entourant une partie centrale irrégulière blanc grisâtre; maintenant on voit une vaste ulcération ayant 4 centimètres de long sur 2 de large; elle est anfractueuse et indurée, les bords sont durs, éversés et saignant facilement; elle repose sur une base résistante et très dure. Outre cette ulcération, on voit du même côté vers la pointe une petite surface ovalaire grosse comme une pièce de vingt centimes, assez douloureuse, mais seulement exulcérée.

Le malade n'a pas de douleurs irradiées vers l'oreille, mais depuis huit jours les dents supérieures et inférieures sont le siège de douleurs continues; le malade ne les calme un peu qu'en comprimant la joue gauche avec la main. La salivation est abondante. Dans la région sous-maxillaire gauche on trouve un ganglion augmenté de volume et douloureux à la pression.

Malgré les souffrances et la gravité de l'état local, la santé générale est restée bonne; il y a un peu d'amaigrissement, l'alimentation étant in-

suffisante. Le malade, étant enfin décidé à l'opération qu'il avait refusée il y a un an, entre à l'hôpital de la Conception, où il est opéré par M. Flavard, le 7 juin 1890.

Après anesthésie par le chloroforme, on assure l'hémostase par les longues pinces courbes et dentées de Péan avec lesquelles on circonscrit la région malade ; l'excision de toute la moitié gauche de la langue jusqu'à ses attaches au plancher buccal est faite à l'aide des ciseaux. Les pinces enlevées, l'hémorrhagie est arrêtée par une cautérisation avec le thermocautère. A la chute des eschares, le septième jour après l'opération, le malade eut une hémorrhagie abondante suivie d'une syncope. Malgré cet accident, la cicatrisation s'opéra régulièrement et le malade sort de l'hôpital le 1er juillet; il ne reste à ce moment qu'une surface bourgeonnant régulièrement de 2 à 3 centimètres qui n'est pas encore cicatrisée. Sous la branche du maxillaire on sent encore un petit ganglion, mais il n'est plus douloureux et a diminué de volume d'une manière sensible.

Pendant dix mois le malade va très bien; rien à signaler dans son état; quand il vient se présenter à nous le 14 avril 1891, il nous raconte qu'il a cru devoir prendre au changement de saison des purgations assez fortes (médecine Le Roy) pendant deux à trois semaines à intervalles plus ou moins rapprochés; c'est à la suite de cette médication qu'il a vu se produire de nouvelles lésions sur la langue. Il a poussé une saillie arrondie, rouge, ayant les dimensions d'un pois et ressemblant à un gros bourgeon charnu résistant. Cette lésion est développée même au-dessus de l'angle aigu formé par la cicatrice; celle-ci, dans ses autres parties, est absolument souple et lisse. Sur toute la région de la pointe on voit, en outre, de petites surfaces circulaires, desquamées, à coloration rougeâtre; ce sont des exulcérations qui en se réunissant ont formé une surface irrégulière. La face dorsale du côté droit est toujours le siège de la même plaque blanc grisâtre avec de fins sillons longitudinaux; il existe une autre plaque blanche rugueuse hérissée de petites saillies de même coloration en avant du V lingual. On ne sent pas d'engorgement ganglionnaire dans la région sous-maxillaire.

Malgré l'avis de M. Flavard et le nôtre, le malade ne veut pas se soumettre à une nouvelle opération; nous ne le revoyons que cinq mois après, au mois de septembre 1891. L'état de la langue s'est peu modifié : les exulcérations de la pointe sont cicatrisées, on voit sur une surface rouge lisse, luisante, un certain nombre de petits îlots disséminés au milieu d'îlots, recouverts d'un vêtement leucoplasique mince, qui étaient le siège il y a cinq mois des exulcérations. La saillie dure et bourgeonnante qui existait au sommet de la cicatrice n'a pas grossi, mais de sa partie interne et supérieure part une fissure profonde à bords indurés de 2 centimètres de longueur; elle n'est ni douloureuse spontanément, ni au toucher. Au-dessus de cette fissure et la surplombant on voit une plaque blanc laiteux formée de petites saillies cornées, dures au toucher. Une autre plaque semblable à celle-ci existe sur le côté droit de la langue, au-dessous du V lingual; au-dessous de cette plaque on retrouve toujours la surface quadrilatère blanc grisâtre avec ses fins sillons longitudinaux que nous avons constaté la première fois que nous avons vu le malade.

Si l'état de la langue est peu changé, dans la région sous-maxillaire gauche, la marche de la maladie apparaît dans toute sa gravité. Il existe en ce point une masse ganglionnaire ayant la grosseur du poing; elle est dure, adhérente en haut, en bas elle descend jusqu'à la partie moyenne du cou; en avant d'elle, on sent les battements de la carotide immédiatement appliquée sur la partie profonde de la tumeur. L'état général du malade est encore bon, il a toujours grand appétit, il ne souffre pas de cette masse ganglionnaire qui ne le gêne que par son volume; pendant la nuit il a éprouvé deux ou trois fois une sensation d'oppression très pénible.

ÉTUDE HISTOLOGIQUE

Lésions de l'épithélium. — L'ensemble de la couche épithéliale est partout très épaissi : le *stratum corneum*, formé de cellules pour la plupart nucléées, renferme une grande quantité d'éléidine, soit dans soit entre les cellules. Par places cette couche est uniformément colorée en rouge par le picro-carmin, mais le dépôt d'éléidine est assez irrégulier.

La distinction du *stratum granulosum* et du *stratum malphigien* est moins nette qu'à l'état normal. Ces deux couches sont très épaissies. Dans certains points l'épithélium a une limite très nette; on aperçoit clairement la couche basale de cellules cylindriques avec ses caractères normaux; mais dans d'autres points les cellules épithéliales ont franchi cette limite et se sont nettement diffusées dans le tissu conjonctif sous-jacent. Les papilles sont très nettement hypertrophiées, atrophiées en d'autres points. Enfin il existe par places dans le tissu conjonctif des globes épidermiques nets et nombreux. Le chorion est infiltré abondamment de cellules rondes; les vaisseaux sont normaux.

LEUCOPLASIE VULVAIRE

Observation III. — *Leucoplasie vulvaire. Épithélioma développé sur la grande lèvre droite. Récidive rapide dans les ganglions inguinaux.*

Mme X..., âgée de 63 ans, vient me consulter le 22 avril 1890 pour du prurit vulvaire datant de plusieurs années et s'accompagnant depuis quelques mois de douleurs vives devenues intolérables.

Voici en quelques mots l'histoire de Mme X... Ses parents sont morts à un âge avancé : son père, d'apoplexie cérébrale; sa mère était diabétique. Elle avait deux sœurs. L'une a été opérée d'un kyste de l'ovaire et est morte quelques années après à 60 ans, d'une affection pulmonaire; l'autre est morte à 62 ans, elle ignore de quelle maladie, mais c'était une affection abdominale caractérisée par du gonflement et des douleurs dans le bas-ventre.

Quant à elle, sa santé a toujours été bonne; elle est mère de deux filles bien portantes. Comme antécédents, elle a eu des douleurs articulaires à caractère rhumatoïde et des plaques d'eczéma nummulaire; elle n'a jamais eu de sucre ni d'albumine dans les urines, mais assez fréquemment de

la gravelle urinaire; jamais d'antécédent de syphilis. La ménopause s'est établie à 48 ans sans accident, mais c'est depuis cette époque que la malade a pris de l'embonpoint et qu'elle souffre de démangeaisons à la vulve.

Le prurit vulvaire daterait donc d'une quinzaine d'années; il revenait par poussées, toujours plus violent la nuit que le jour; il a résisté à tous les traitements. Depuis sept à huit mois (septembre 1889), en dehors des démangeaisons, la malade ressent des douleurs vives et lancinantes, qui sont devenues intolérables après quelques cautérisations avec le crayon de nitrate d'argent.

L'examen de la vulve permet de constater immédiatement de la leucoplasie et une tumeur dure ulcérée siégeant sur la grande lèvre droite.

Les plaques leucoplasiques siègent surtout du côté droit : elles s'étendent depuis la fourchette jusqu'au clitoris qu'elles dépassent pour gagner la partie supérieure de la petite lèvre gauche. La face interne de la grande lèvre droite, la petite lèvre du même côté sur ses faces, le clitoris, son capuchon et la partie supérieure de la petite lèvre gauche sont recouvertes de plaques blanches, mates, opaques et lactescentes, semblables à de la peau de gant de chevreau. Ces plaques sont épaisses de 3 à 4 millimètres; elles sont dures, lisses, résistantes, d'une sécheresse ligneuse caractéristique. Les petites lèvres, surtout à droite, sont déformées, ratatinées et rigides.

Sur la face supérieure et interne de la grande lèvre droite existe une tumeur arrondie, de la grosseur d'une noix; elle repose sur une base dure, un peu élevée et mobile sur les parties profondes. Elle est le siège d'une ulcération profonde; c'est une perte de substance circulaire, ayant les dimensions d'une pièce de deux francs à fond rougeâtre mamelonné, creux et anfractueux; les bords sont taillés à pic, durs, rugueux, parsemés de saillies bourgeonnantes.

Le méat urinaire, le vagin, l'utérus sont absolument sains; il n'y a aucun trouble de la miction, les urines sont normales, il n'y a aucun écoulement vaginal.

Dans la région inguinale droite, on trouve une tumeur ganglionnaire formé par un gros ganglion indolent accompagné de deux autres plus petits. Rien à gauche.

L'état général de la malade est excellent, elle n'a pas maigri, mais la marche est pénible, les douleurs sont très vives, à caractère lancinant.

Le 5 mai 1890, après chloroformisation, M. le professeur Ollier pratique au niveau de la vulve avec le thermocautère l'excision de la tumeur épithéliomateuse, puis l'ablation complète de toutes les plaques blanches : le clitoris, la petite lèvre droite dans sa totalité, la petite lèvre gauche dans sa moitié supérieure sont disséquées et enlevées; c'est une décortication complète et absolue de toute la muqueuse atteinte de leucoplasie. Des ligatures au catgut sont placées sur tous les vaisseaux sectionnés.

Au niveau de la région inguinale droite, après une nouvelle désinfection du champ opératoire et des mains, avec des instruments qui n'ont pas servi pour la première partie de l'opération, une incision est faite le long du pli inguinal et les ganglions sont enlevés avec tout le tissu cellulo-

graisseux qui les entoure. En incisant le plus gros ganglion, on voit qu'il est ramolli et dégénéré au centre ; les autres sont petits et durs.

Les suites de l'opération furent des plus simples : la réunion par première intention est obtenue pour la plaie inguinale; du côté de la vulve, pansement avec la poudre d'iodoforme ; sonde à demeure qui est très bien tolérée par la vessie pendant vingt-deux jours ; cicatrisation complète le 10 juin ; état général excellent.

Au mois d'octobre, c'est-à-dire cinq mois après l'opération, on constate l'apparition de ganglions indurés dans la région inguinale; à la vulve, aucune trace de récidive. Toute nouvelle intervention est refusée et la malade se soumet à des injections interstitielles de liqueur de Van Swieten dans la tumeur inguinale. Celle-ci augmente rapidement et quand un mois après ces injections, nous revoyons la malade, nous constatons une masse ganglionnaire énorme avec plusieurs ganglions ramollis. Des ulcérations ne tardent pas à se produire, le stylet pénètre de 5 à 6 centimètres dans deux ou trois trajets fistuleux à direction interne, donnant lieu à un écoulement sanieux, de couleur noirâtre. Dans la région inguinale gauche s'est développée une tumeur dure, mamelonnée, de la grosseur du poing. Les lésions continuent à marcher rapidement, les douleurs sont vives et ne peuvent être calmées que par des injections de morphine, l'amaigrissement fait tous les jours des progrès. En janvier, on constate à droite une tumeur énorme, bosselée, étendue transversalement de l'épine iliaque antéro-inférieure à la région pubienne, adhérente aux parties profondes et remplissant la fosse iliaque; au niveau du pli inguinal, de nombreuses ulcérations et des orifices fistuleux. A la partie supérieure de la cuisse, dans le triangle de Scarpa, un paquet de ganglions verticaux forme une grosseur dure, marronnée, mobile, mais comprimant le paquet vasculo-nerveux et déterminant de l'œdème de tout le membre et des douleurs jusqu'à la malléole.

Enfin sur les téguments de la partie inférieure de l'abdomen et sur le mont de Vénus ont apparu une vingtaine de petites nodosités dures, du volume d'un pois, qui augmentent progressivement; à leur niveau la peau devient violacée et il se forme des ulcérations à bords durs et éversés. La cicatrice de la vulve est lisse et souple et indemne de récidive, de même du côté du vagin et de l'utérus, il n'y a aucune production néoplasique.

La mort est hâtée par des hémorrhagies répétées qui se font au niveau des ulcérations ganglionnaires et des tumeurs cancéreuses cutanées ; une dernière hémorrhagie très abondante, survenue pendant le sommeil, a lieu le 16 février, suivi d'un état syncopal. La malade meurt le lendemain.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Multiplication énorme des cellules de la couche cornée au niveau de la plaque de leucoplasie. Leur coloration est très vive en ce point. Destruction des papilles à ce même niveau et épithélioma des plus caractéristiques avec nombreux globes épidermiques.

LEUCOPLASIE LABIALE

OBSERVATION IV. — *Leucoplasie labiale avec ulcérations, excroissances verruqueuses et productions cornées. Décortication de la lèvre avec le thermocautère. Guérison datant de trois ans.*

X..., âgé de 64 ans, vient nous consulter, le 13 octobre 1888; il est atteint depuis vingt ans de plaques blanches siégeant sur la lèvre inférieure près de la commissure du côté gauche. Les lésions présentent les caractères suivants. Sur le bord libre de la lèvre inférieure, au niveau de son tiers externe, on voit en allant de gauche à droite : 1° la commissure gauche être le siège de plaques blanc grisâtre avec de nombreux sillons non ulcérés; 2° une tumeur acuminée, dure, cornée, de couleur jaune brunâtre, de forme cylindrique, ayant 1 centimètre à sa base et une longueur de 2 centimètres; 3° une surface ulcérée, mammelonnée, rouge, d'aspect granuleux; 4° des excroissances verruqueuses. Il n'y a pas d'adénopathie sous-maxillaire.

A la face, le malade présente au niveau de la région temporale droite une surface rouge recouverte de croûtes assez molles, graisseuses et adhérentes aux parties sous-jacentes. Au-dessous de cette plaque d'acné sébacée concrète existe une surface cicatricielle, blanche, lisse, atrophique. A gauche au niveau de l'extrémité du sourcil, on voit une surface cicatricielle semblable et au-dessus d'elle une petite tumeur perlée.

Sur le corps, le malade présente de larges placards d'eczéma sec fendillé et squameux sur la partie inférieure des jambes, au niveau des régions palmaires et plantaires avec kératodermie; les ongles ont comme altérations des cannelures et des ponctuations très multipliées. Du côté des yeux, cataracte double. Pas d'antécédents syphilitiques, mais excès de tabac.

Le 25 octobre, avec le thermocautère, toute la surface leucoplasique, ulcérée, cornée et verruqueuse est disséquée et enlevée aussi profondément qu'il est nécessaire. Cicatrisation sans accident. Nous avons revu le malade au mois de juillet 1891, c'est-à-dire près de trois ans après cette intervention; les plaques leucoplasiques sont remplacées par une cicatrice souple et régulière, la perte de substance est à peine visible; il n'y a aucune trace de récidive et pas d'adénopathie sous-maxillaire.

REMARQUES CLINIQUES ET THÉRAPEUTIQUES

Au point de vue étiologique, les antécédents des malades montrent que les uns et les autres appartiennent à ce groupe d'individus que l'on désigne sous le nom d'arthritiques. Dans l'observation de leucoplasie vulvaire on ne trouve aucun autre facteur étiologique que l'arthritisme : c'est un cas d'hérédité goutteuse carcinomateuse et cutanée. Il n'y avait ni syphilis ni diabète, aucune irritation locale réitérée à laquelle il fût possible d'attribuer le développement de

l'affection, mais la malade présentait des accidents arthritiques héréditaires très nets. Sa mère était diabétique, son père était mort d'apoplexie cérébrale ; ses deux sœurs avaient eu des tumeurs abdominales : l'une avait été opérée avec succès d'un kyste de l'ovaire. Quant à la malade, elle avait eu des douleurs rhumatismales, de la gravelle urinaire, des placards d'eczéma sec, enfin, depuis la ménopause, elle était obèse et souffrait de prurit vulvaire. C'est un exemple de leucoplasie pur, idiopathique, semblant être l'expression d'un état morbide diathésique.

Les observations de leucoplasies linguale et labiale présentent une pathogénie plus obscure : les malades sont des arthritiques, des fumeurs, deux sont d'anciens syphilitiques, un est alcoolique. Plusieurs causes ont donc combiné leur action pour produire les lésions ; il est difficile de déterminer la part qui revient au tabac, à la syphilis, à l'alcoolisme, à l'arthritisme.

Les manifestations arthritiques, soit chez les ascendants, soit chez les malades eux-mêmes, sont nombreuses ; de plus, dans la première observation, il existe une hérédité carcinomateuse remontant jusqu'à la seconde génération : le grand-père du malade était mort d'un cancer de la lèvre propagé à la joue, au menton, au maxillaire, et son père avait été opéré avec succès quatre ans avant sa mort d'un cancroïde de la lèvre inférieure.

La syphilis se retrouve dans les deux cas de leucoplasie linguale, mais l'influence de cette diathèse paraît peu importante et l'épreuve thérapeutique faite, malgré nous, chez ces deux malades dès le début des accidents ulcéreux du côté de la langue a été non seulement inutile, mais néfaste. Nous sommes donc disposés à ne pas considérer dans ces deux faits la syphilis comme ayant eu une action directe dans le développement des lésions ; ce sont des leucoplasies parasyphilitiques, mais nullement syphilitiques.

Il n'en est pas de même de l'influence du tabac. Elle n'est pas très manifeste pour notre premier malade chez lequel les lésions nettement hyperkératosiques, parcheminées, se rapprochaient de la leucoplasie idiopathique fissuraire et ulcérative, à plaques épaisses et cornées, résistant aux moyens thérapeutiques et arrivant à l'épithéliomisation dès la première apparition d'une fissure profonde. Aussi, ce cas, quoiqu'à étiologie plus complexe que celui de leucoplasie vulvaire, s'en rapproche beaucoup, et, tout en tenant compte de l'action du tabac qui a agi comme cause occasionnelle, doit-on ne pas oublier que le malade présentait une hérédité carcinomateuse manifeste.

Dans l'observation II, le tabac et l'alcool paraissent avoir joué un grand rôle dans la production des lésions. Les caractères objectifs, sans y ajouter une grande importance, ressemblaient à ceux qui ont

été décrits dans la glossite des fumeurs : plaques nacrées commissuraires ; langue lisse, tendue, dépapillée ; plaques épithéliales peu épaisses, d'une coloration blanc grisâtre ; guérison d'une première fissure par la suppression du tabac ; apparition d'une autre quand le malade a recommencé à fumer ; enfin longue durée de cette fissure (pendant un an) avant de revêtir les caractères d'une ulcération épithéliomateuse accompagnée de douleurs vives, lancinantes et irradiées.

Quant à notre observation de leucoplasie de la lèvre inférieure avec tumeurs cornées, il n'y a qu'à relever l'influence du tabac chez un arthritique invétéré : éruptions eczémateuses sèches sur les membres inférieurs, kératodermie palmaire et plantaire, acné sébacée concrète de la face, cataracte double, etc.

L'analyse des observations que nous venons de poursuivre montre combien le diagnostic étiologique est difficile et délicat, et prouve qu'on est le plus souvent en présence de cas mixtes, hybrides dont la pathogénie est obscure et parfois inextricable. Les résultats histologiques que nous avons consignés à la fin de nos observations ne fournissent aucun élément diagnostique nouveau : il y a une prolifération de l'épithélium, une infiltration embryonnaire du derme et une déviation du processus de kératinisation qui aboutit à la formation de globes épidermiques d'une part et à la formation d'un *stratum corneum* typique d'autre part. Les vaisseaux ont été trouvés normaux.

Au point de vue clinique, les observations que nous rapportons confirment ce que l'on sait sur la marche plus ou moins rapide des ulcérations suivant la période à laquelle est arrivée la leucokératose, suivant les conditions causales et individuelles. Il est inutile d'insister sur l'influence bien connue de la continuation de l'action des causes irritantes de tout ordre et particulièrement de l'usage du tabac, de l'alcool (Obs. II), des cautérisations (Obs. III), enfin sur les résultats des opérations tardives. Dans nos observations, les récidives ont eu lieu dans les ganglions six à dix mois après les opérations ; la mort est survenue par envahissement des ganglions du voisinage et non par le fait d'une généralisation à distance.

Ceci nous indique bien qu'il faut intervenir dans le cours de la longue période pré-épithéliomateuse pendant laquelle on ne constate pas d'adénopathie, ou même quand la tumeur est encore circonscrite et sans adénopathie ; on sait que celle-ci est lente à se développer dans les épithéliomes leucoplasiques. Les cas de guérison signalés par MM. Verneuil, Delens, Guyon, Le Dentu, Trélat (1), Reclus (2), etc., celui que nous avons publié en 1889 au Congrès de dermatologie, enfin celui qui fait l'objet de notre quatrième observation, montrent quel

(1) Trélat, *Semaine médicale*, nos 22 et 51, 1883.
(2) P. Reclus, *Gazette hebdomad. de méd. et de chir.*, 1887, p. 420.

bénéfice les malades peuvent retirer d'une opération précoce et complète. Aussi Trélat a-t-il pu dire avec raison que toute la thérapeutique du cancer lingual se trouvait ramenée à la question d'un diagnostic précoce.

La période pré-épithéliomateuse des leucokératoses a toujours une longue durée : dans nos observations, nous trouvons onze et quatorze ans pour les faits de leucoplasie linguale, quinze ans dans le cas de leucoplasie vulvaire, vingt dans celui de la lèvre. Sans doute, à cette période, des soins hygiéniques, une médication locale, simple, anodine (Schwimmer) (1), le traitement hydrominéral à Saint-Christau (Bénard), peuvent avoir les meilleurs effets. C'est en employant ces moyens que, dans notre première observation, le malade a conservé pendant seize mois une plaque linguale hyperkératosique, une véritable carapace épithéliale cornée sans qu'aucune fissure ne se produisît. Mais on ne peut toujours compter sur la docilité des malades, on ne peut les suivre d'assez près et surtout nul n'ignore combien les plaques blanches, épaisses, sont persistantes et rebelles à tous les topiques ; on ne doit donc pas hésiter, pour éviter l'éventualité de l'épithéliomisation, à détruire complètement toutes les surfaces malades, Le traitement chirurgical même en l'absence de toute ulcération, est bien supérieur à tous les topiques employés (acide salicylique, bichromate de potasse, baume du Pérou, etc., etc.) et donne les plus grandes sécurités.

Par le thermocautère ou le galvanocautère, il faut enlever toutes les plaques blanches, faire une dissection, une décortication de la muqueuse : on empêche ainsi la formation des nouvelles plaques, on fait une cicatrice solide. On sait, en effet, que la leucoplasie tend toujours à reparaître et cette tendance aux récidives est en général d'autant plus marquée que la maladie est plus invétérée. Les cas traités de cette manière sont encourageants. Nous rappellerons celui que nous avons publié en 1889 (2) (la guérison se maintient depuis quatre ans), celui qui fait l'objet de notre quatrième observation (guérison depuis trois ans); enfin dans notre cas de leucoplasie vulvaire (Obs. III), toutes les plaques ayant été enlevées largement et profondément par M. le professeur Ollier, aucune récidive ne se produisit au niveau de la cicatrice. Parmi les faits déjà publiés, celui que M. Trélat a fait connaître en 1875 à la Société de Chirurgie (3) est des plus intéressants. Un homme approchant de la soixantaine avait en 1871 un psoriasis lingual bien caractérisé, siégeant au milieu de la face dorsale de

(1) Schwimmer, *Congrès de dermat. et de syphil.*, Paris, 1890, p. 142.

(2) L. Perrin. Leucoplasie buccale avec état papillomateux de la langue et début de dégénérescence épithéliale. — Décortication de la langue par le thermocautère, guérison, pas de récidive deux ans après l'opération. (*Comptes-rendus du Congrès int. de dermat. et de syph.*, Paris, 1890, p. 135.

(3) Trélat, *Soc. de Chir.* (de Paris), n. s., t. I, p. 844.

la langue. En 1875, la santé générale étant toujours excellente, aucun ganglion n'étant engorgé, la langue présentait de chaque côté de son sillon médian une végétation, un épaississement sans aucune ulcération de 7 à 8 millimètres, bosselé, long de près de 3 centimètres et augmentant de toute sa hauteur la profondeur du sillon. En écartant ces deux lobes allongés, on voyait que le fond du sillon ne portait aucune trace d'ulcération. Il n'y avait donc d'ulcère en aucun point, mais un gonflement saillant et irrégulier de date relativement récente et semblant progresser avec une certaine régularité. La tumeur fut enlevée avec l'anse galvanocaustique. L'examen histologique pratiqué par MM. Cornil et Coyne ne fit découvrir aucun globe épidermique, mais une agglomération de cellules jeunes embryonnaires dont le nombre allait en s'atténuant au fur et à mesure qu'on se rapprochait de la surface de section. Le malade resta guéri et succomba sept ans plus tard à la suite d'une pneumonie.

Un cas de leucoplasie vulvaire qui appartient à M. P. Reclus (1) est aussi des plus instructifs. En voici le résumé. En décembre 1885, il enlève une tumeur épithéliomateuse de la petite lèvre droite et laisse sur le rebord de la muqueuse vaginale une plaque blanche épaisse et rugueuse qui, très nette en août, s'était accrue en octobre. En décembre, un an après l'opération, cette plaque se hérisse de quelques saillies douteuses et en mai une récidive avait lieu sous la forme d'une petite tumeur grosse comme une framboise. Après injection de cocaïne, il extirpe facilement et sans douleur ce nouvel épithélioma et dix-huit mois après sa première intervention, deux mois après sa seconde, l'état local et général est excellent. Mais il existe encore en avant de la cicatrice un léger reflet ardoisé ou bleuâtre qui n'est pas sans assombrir l'horizon. M. Reclus se demande, à propos de ce cas, si, lorsqu'une leucoplasie limitée mais tenace existe en un point fixe, il ne serait pas prudent d'enlever ce point lorsque l'opération est simple, facile et n'entraîne aucun dommage.

Obtient-on par le traitement que nous venons d'exposer des guérisons radicales? Il est difficile de le dire, car on ne doit pas oublier les repullulations qui peuvent survenir après deux, trois, quatre ans et plus de parfaite santé; mais on ne peut nier, dans les cas que nous rapportons, le bénéfice que les malades ont tiré de l'intervention précoce et complète.

Malheureusement tous les malades ne veulent pas se soumettre, en l'absence de toute ulcération, de toute fissure douloureuse, à la destruction entière des plaques. On ne peut alors que suivre la conduite tracée par M. Trélat : surveiller avec le plus grand soin la leucokératose et dès que l'on aperçoit le moindre changement dans l'état

(1) P. Reclus., *loc. cit.*

des parties atteintes, une végétation qui fasse songer à un papillome en voie de formation, il faut ne pas hésiter et opérer.

Si, au lieu d'une végétation, c'est une ulcération légère qui se produit, on peut essayer pendant trois à quatre semaines un traitement médical ; mais, si, malgré la cessation complète du tabac à fumer, si, malgré l'usage de médicaments appropriés, les choses restent en l'état, on doit enlever. Quand le malade est un ancien syphilitique, on pourra faire une tentative de traitement spécifique avec la surveillance indispensable, en y associant le traitement local, l'hygiène de la cavité buccale. Si l'amélioration rapide ne se produit pas, on doit se considérer comme fixé sur la nature cancéreuse du mal et interrompre le plus tôt possible. Les cas de guérison par la médication antisyphilitique sont bien rares ; le plus souvent, il en est des leucokératoses chez les syphilitiques comme des ataxies, c'est la minorité qui bénéficie du traitement (E. Besnier).

Enfin, dans les cas où la récidive a eu lieu soit dans la cicatrice, soit dans les ganglions, quand elle est anatomiquement opérable, il faut opérer : quelquefois on obtient des survies remarquables. Le point important dans toutes ces opérations, point sur lequel a insisté M. F. Terrier (1) est de rechercher par la suture à fermer hermétiquement la porte d'entrée aux microbes pyogènes qui iraient causer dans les ganglions jusqu'alors à peine ou pas malades des poussées graves comme on en observait il y a quelques années.

Nous ne saurions donc trop le répéter en terminant : pour nous, le véritable traitement des leucokératoses est leur ablation complète par les moyens chirurgicaux. C'est la voie dans laquelle les praticiens doivent résolument entrer : elle évitera aux malades de longues tortures morales, des médications topiques aussi assujettissantes et ennuyeuses qu'inefficaces ; surtout elle les mettra à l'abri de la complication que l'on doit toujours redouter, de l'évolution vers l'épithéliome. Or, pour éviter cette terminaison fatale, il ne faut pas attendre qu'elle commence à se produire, il faut la prévenir, il faut opérer alors qu'il n'y en a pas vestige : c'est la logique qui l'indique, et l'observation vient le confirmer. L'ablation précoce et complète des leucokératoses des muqueuses s'impose donc comme une nécessité absolue.

(1) F. Terrier, *Bull. et Mém. de la Soc. de Chir.*, Paris, 1891 ; et *Traité de chirurgie* de Duplay et Reclus, t. V, 1891.

NOTE SUR UN CAS

DE LICHEN DE WILSON CHEZ UNE NÉGRESSE

Par MM.

Georges Thibierge,
médecin des hôpitaux.

E. Leredde,
interne des hôpitaux.

Communication à la Société française de dermatologie et de syphiligraphie.

Les caractères que les affections cutanées revêtent dans les races nègres sont assez mal connus.

Il est, à la vérité, de notion presque banale que, chez les nègres, la roséole syphilitique se traduit par des taches de coloration moins foncée que celle de la peau normale. On connaît également, en raison de sa fréquence dans les pays habités par les races nègres et en raison de l'attention qui lui a été légitimement accordée dans ces dernières années, les manifestations de la lèpre chez les nègres. On sait encore que le vitiligo se traduit, chez eux, par des taches de coloration blanche et que les zones d'hyperpigmentation sont masquées par la coloration naturelle des téguments.

Ces faits sont, en Europe, cités à titre de curiosité et on comprend qu'ils attirent peu l'attention, car on a rarement l'occasion d'y observer des dermatoses chez des sujets de race nègre, à tel point qu'il n'en existe aucun moulage au musée de l'hôpital Saint-Louis.

Les dermatologistes américains, qui doivent se trouver fréquemment en présence de nègres atteints d'affections cutanées, semblent avoir rassemblé peu de documents sur ce sujet. Morison est à peu près seul à lui avoir consacré une publication spéciale (1) dans laquelle il ne donne que le résultat de son observation personnelle. Il rappelle que la peau du nègre est plus épaisse et plus grossière que celle du blanc, signale la coloration plus pâle de la peau au niveau des taches de roséole et des saillies urticariennes, la coloration blanchâtre des squames du psoriasis et de l'eczéma tranchant sur le fond brun ou noir de la peau, la présence de granulations pigmentaires

(1) Morison, *Personal observations on skin diseases in the negro* (*Medical News*, Philadalphia, 20 octobre 1888, p. 439).

dans les tumeurs du molluscum contagiosum et conclut que la pigmentation de la peau semble être le principal facteur qui fait que les lésions cutanées des nègres diffèrent de celles des blancs.

Cette pénurie de documents nous semble donner de l'intérêt à l'observation suivante que nous rapportons en détails, précisément à cause de l'absence de toutes données sur le lichen dans la race noire (1). L'étude histologique que nous avons pu faire des altérations cutanées est intéressante, non seulement en elle même, mais encore en raison des déductions qu'on peut en tirer au point de vue de l'histologie pathologique générale de la peau et des variations imprimées à ses altérations par la structure propre du tégument externe des nègres.

D... (Madeleine), âgée de 48 ans, cuisinière, entre le 2 octobre 1891 à l'hôpital Saint-Louis, salle Alibert, nº 3, dans le service de M. E. Besnier, suppléé par l'un de nous.

D... est originaire de la Pointe-à-Pitre.

Elle est née d'une mère négresse et d'un père mulâtre, issu d'un blanc et d'une négresse.

Il n'y a rien à relever dans ses antécédents héréditaires. Ses parents ne semblent pas avoir été atteints d'affections cutanées.

Les téguments sont d'une coloration brun foncé.

Elle n'a pas de prognathisme. Elle possède ses quatre dents de sagesse, comme les sujets de race nègre pure.

Réglée à l'âge de 10 ans, elle a cessé d'avoir ses règles à l'âge de 42 ans, au moment de son arrivée en France.

Elle est très nerveuse, facilement irritable et violente et son état nerveux a encore été accru par des chagrins récents. Elle n'a jamais eu d'attaques d'hystérie; la sensibilité cutanée est normale, il n'y a pas de rétrécissement du champ visuel, mais le pharynx est absolument anesthésique.

Il y a deux ans, pendant un séjour au bord de la mer, elle a été atteinte d'une éruption occupant la partie postérieure du cou et la face antérieure des deux coudes, éruption constituée, dit-elle, par des « boutons grenus » et accompagnée de démangeaisons. Cette éruption a disparu au bout de deux mois. Pendant un an et demi, elle n'a plus été atteinte d'aucune éruption.

Au mois de juin dernier, D... a été reprise de démangeaisons au niveau des jambes et s'est aperçue de la présence de taches agglomérées en placards. Sur la presque totalité de la surface cutanée, elle a débuté par une exagération de la coloration de la peau qui est devenue noire; mais sur la partie antérieure de la cuisse droite, en un point où le prurit était très intense, il s'est produit à la suite du grattage une irritation cutanée et la peau à ce niveau a présenté une coloration rouge pâle.

Très rapidement, l'éruption se généralisa à toute la surface cutanée. Depuis cette époque, D... n'a cessé d'avoir des démangeaisons, à prédomi-

(1) Morison, sur 500 cas de dermatoses observées chez des nègres, ne relève pas un seul cas de lichen plan, tandis que sur un nombre égal de sujets de race blanche il en a observé 4 cas.

nance nocturne, assez intenses pour provoquer une insomnie persistante.

État actuel, au 2 octobre. — L'éruption dont la malade est atteinte est constituée par des éléments ayant un certain nombre de caractères communs, les uns disséminés et séparés les uns des autres, la plupart formant par leur confluence de vastes nappes.

Dans les points où ces éléments sont confluents, ils forment des surfaces noires tranchant sur la coloration bronzée de la peau avoisinante. La plupart des éléments isolés ont la même couleur; cependant on en trouve un certain nombre qui sont simplement hyperpigmentés, d'une couleur un peu plus foncée que la peau adjacente. Enfin quelques éléments, dont on constate difficilement la présence à la vue et qu'on ne découvre guère qu'à la palpation, ont la même coloration que la peau normale.

Si l'on examine attentivement un de ces éléments isolés, on remarque qu'il a une forme régulière, polygonale, qu'il est limité par les plis de dernier ordre de la peau; cependant cet aspect polygonal est moins net que dans le lichen de Wilson observé chez les sujets à peau blanche.

La surface des éléments s'élève à peine au-dessus du plan voisin. Elle est aplatie; l'épiderme est absolument lisse comme s'il était tendu, mais il ne présente qu'un éclat très atténué et n'a pas l'aspect brillant qui est, à juste titre, considéré comme à peu près pathognomonique du lichen de Wilson dans les races blanches. Ces éléments ne présentent pas de rapports évidents avec les orifices pilaires, et on n'y constate pas la dépression centrale si fréquente dans le lichen de Wilson.

En passant légèrement le doigt sur la peau, outre la saillie légère que font ces éléments, on constate qu'un certain nombre d'entre eux présentent un léger degré d'infiltration dure; mais, sur le plus grand nombre, il n'y a, pour ainsi dire, pas d'infiltration perceptible au toucher, soit en passant le doigt sur la peau, soit en plissant celle-ci et en la serrant entre deux doigts.

Les éléments isolés n'ont, ordinairement, pas de dimensions supérieures à un millimètre dans aucun sens.

En aucun point, on ne trouve d'éléments isolés ayant une forme différente; il n'y a nulle part d'éléments annulaires, ni d'éléments cornés.

Dans les points où les éléments sont devenus confluents, ils forment des nappes à bords irréguliers, de coloration noire uniforme au premier abord; mais, lorsqu'on examine leur surface obliquement, on remarque que, en certains points, la pigmentation s'exagère encore et que, sur la nappe noire, quelques points tranchent par l'intensité encore plus considérable de leur coloration, formant ainsi une sorte de tigrage. A la surface de ces nappes, les plis normaux de la peau sont exagérés, formant un quadrillé irrégulier, qui comprend entre ses mailles les éléments primitifs. Ce quadrillé est accusé par une coloration grisâtre ou blanchâtre, comme si l'épiderme était fendillé entre les éléments.

La surface de ces nappes est absolument sèche, et la malade a d'ailleurs remarqué que, depuis le commencement de sa maladie, sa peau présentait une sécheresse particulière.

Il n'y a pas, à la surface de ces plaques, non plus qu'au niveau de la plupart des éléments isolés, d'infiltration évidente du derme; il semble

même y avoir, en certains points tout au moins, un certain amincissement de la peau; mais peut-être cette apparence tient-elle à ce que la peau est plus facile à détacher des tissus sous-cutanés. Cependant, en promenant le doigt à la surface de ces nappes avec une pression modérée, on constate que, dans les points les plus pigmentés, la peau est le siège d'une infiltration ferme, comme si de petites masses résistantes y étaient incluses.

Entre les nappes confluentes et les éléments isolés, on trouve toutes les formes de transition, particulièrement sur les bords des nappes, qui sont d'une irrégularité extrême et au voisinage desquels on rencontre des éléments isolés en nombre plus ou moins considérable.

Les lésions cutanées sont distribuées d'une façon à peu près symétrique.

La face est absolument respectée.

Le cou est le siège de lésions présentant des caractères notablement différents de ceux que l'on observe sur les autres points de la surface cutanée. Les éléments sont tous isolés, ne se réunissent en aucun point en zones confluentes; très nettement saillants, fermes et infiltrés, ils ne présentent pas de pigmentation plus prononcée que la peau adjacente, mais ont un aspect brillant, grisâtre par places, que l'on ne rencontre en aucune autre région. Ces lésions siègent surtout sur la partie postérieure du cou, au voisinage de l'insertion des cheveux. En descendant vers la partie inférieure du cou, les éléments deviennent confluents, hyperpigmentés, et leur aspect se rapproche davantage de celui des lésions observées sur le tronc et les membres.

La partie supérieure du thorax, en avant et en arrière, ne présente guère que quelques éléments aberrants, mal caractérisés. Mais, sur toute la région antérieure des aisselles, sur la ligne qui suit le bord inférieur du grand pectoral, on trouve des éléments isolés, hyperpigmentés, noirs. Sur la partie supérieure des seins, il y a quelques éléments isolés, qui deviennent plus nombreux en se rapprochant de l'appendice xiphoïde; le mamelon est indemne. Sur la face inférieure des seins, dans le sillon costo-mammaire, apparaissent de nombreux éléments confluents, formant une nappe qui s'étale sur l'abdomen, laissant en quelques points de petits îlots de réserve, nappe qui offre tous les caractères exposés plus haut. Cependant, on ne constate pas au niveau de ces plaques les points d'infiltration ferme que l'on rencontre en d'autres régions, sur la face antérieure des cuisses, par exemple.

Sur les membres supérieurs, les éléments sont peu nombreux et disséminés à la face postérieure et à la face antérieure du bras, plus nombreux sur sa face interne, où ils forment de grands îlots irréguliers. A la face antérieure du coude, à deux travers de doigt au-dessus et au-dessous du pli de flexion, existe une grande plaque dans laquelle il est difficile de constater la présence d'éléments caractéristiques, sauf sur ses bords, où on en rencontre quelques-uns. Des éléments disséminés se voient en assez grand nombre sur la face antérieure de l'avant-bras. A la partie inférieure de l'avant-bras, on constate très peu d'éléments au premier coup d'œil; mais, en réalité, il en existe un grand nombre, analogues à ceux du cou, ne se traduisant par aucune modification de la pigmentation cutanée. La main

est respectée, sauf la présence de quelques très rares éléments sur la portion métacarpienne de sa face dorsale.

Aux membres inférieurs, la cuisse présente sur ses faces interne et postérieure une vaste nappe noire, constituée par des éléments confluents, présentant les points d'infiltration ferme avec hyperpigmentation déjà signalés. Cette nappe se continue sur la face postérieure du genou et descend jusqu'à la partie moyenne du mollet. Sur la face antérieure de la cuisse, au contraire, on trouve simplement des îlots assez nombreux formés par un nombre limité d'éléments, et des éléments isolés, tous très pigmentés. A la face interne de la jambe, on trouve des placards de 2 à 3 centimètres de longueur sur 1 ou 2 de large, sur lesquels l'infiltration est plus manifeste et sur lesquels il semble y avoir tendance à l'hypertrophie de la couche cornée de l'épiderme. Les îlots recouvrent la majeure partie de la portion supérieure de la jambe; mais, dans sa portion inférieure, les lésions cutanées font presque entièrement défaut, et c'est à peine si on trouve quelques éléments isolés, particulièrement à la face interne du cou-de-pied. Le pied lui-même est complètement indemne, tant sur sa face dorsale que sur sa face plantaire.

La muqueuse linguale et celle de la face interne des joues sont absolument indemnes.

La malade a été soumise à l'emploi des douches froides depuis son entrée à l'hôpital. Au bout de quelques jours, elle a commencé à prendre de l'antipyrine à la dose de 2 grammes par jour, et c'est à partir de ce moment qu'elle a recouvré le sommeil. Les démangeaisons ont été calmées par le traitement précédent et par l'emploi de la pâte de zinc additionnée de 2 p. 100 de menthol.

Le prurit n'existe plus actuellement (12 novembre) que sur la partie supérieure de la face interne des cuisses, et il y est peu considérable.

Les lésions cutanées présentent également une amélioration considérable. Dans presque tous les points où les éléments faisaient une saillie au-dessus du niveau de la peau, ils se sont affaissés; les éléments isolés sont moins visibles, moins nets et la coloration des grands placards a manifestement diminué, quoiqu'elle tranche encore très vivement sur celle de la peau du voisinage.

(Le moulage de la partie antérieure du thorax de cette malade est déposé au Musée de l'hôpital Saint-Louis, *Collect. génér.*, n° 1631.)

Le diagnostic de cette affection ne peut guère laisser place au doute. La distribution des lésions et leur disposition sous forme d'éléments isolés ou de placards occupant d'une manière à peu près symétrique le tronc et les membres, la forme polygonale, l'aspect lisse des éléments, la dureté et les caractères d'infiltration que l'on observe sur un certain nombre d'entre eux, le prurit intense qui les accompagne, la durée relativement longue de la maladie sont des caractères suffisants pour reconnaître à première vue pour ainsi dire, ou, si l'on veut, pour admettre par élimination le diagnostic de lichen de Wilson, de lichen plan. Il est vrai que les éléments n'offrent pas

tous la dureté habituelle à cette affection, que leur surface n'a pas l'éclat et le brillant qu'on est habitué à y rencontrer dans les races blanches, mais ces caractères négatifs ne peuvent pas prévaloir contre l'ensemble si caractéristique de la maladie. L'absence des lésions des muqueuses spéciales au lichen de Wilson ne peut non plus être invoquée contre ce diagnostic, car ces lésions, si fréquentes qu'elles soient dans les formes intenses du lichen de Wilson, font défaut dans un grand nombre de cas. Notons enfin le développement de l'affection chez une femme nerveuse, offrant un certain nombre de stigmates névropathiques, ce qui est ordinaire chez les sujets atteints de lichen plan.

L'examen histologique des lésions cutanées est venu confirmer le diagnostic que l'étude chimique avait permis à elle seule de poser sans hésitation.

EXAMEN HISTOLOGIQUE

Une papule à la période d'état, légèrement saillante, noire, fut enlevée sur le dos de la malade et mise dans l'alcool à 70°, puis l'alcool absolu. — Après inclusion dans le collodion les coupes furent colorées, soit par l'hématoxyline et l'éosine, soit par le picro-carmin, soit par le carmin aluné.

A un faible grossissement (Verick, oc. 1, obj. 2) sur les préparations colorées à l'hématoxyline et à l'éosine, on remarque que la partie centrale est surélevée au-dessus du plan des parties latérales. Dans les coupes des régions moyennes de la papule, cette partie centrale répond à un gros follicule pileux : c'est autour de lui que les lésions atteignent leur maximum.

L'*épiderme*, d'une manière générale, n'est ni atrophié ni hypertrophié, mais il présente dans la disposition de ses parties profondes des modifications corrélatives de celles des papilles que nous signalerons plus bas.

Si on examine maintenant le derme, on y remarque une abondante infiltration embryonnaire, s'étendant à la région papillaire et sous-papillaire en entier. En quelques points, elle dessine nettement des traînées parallèles à la surface cutanée, orientées dans le sens et au niveau des vaisseaux sous-papillaires.

Plus profondément reparaît le tissu conjonctif normal du derme, mais présentant de place en place des amas embryonnaires autour des vaisseaux profonds.

Si on entre dans le détail de ces lésions (toujours à un faible grossissement) on remarque qu'elles prédominent au centre des coupes, où l'amas de cellules embryonnaires s'avance plus profondément dans le derme, et d'autre part, semble refouler l'épiderme. C'est là également que la forme des papilles est le plus modifiée, elles sont très élargies, en quelques endroits plus profondes qu'à l'état normal, en d'autres, au contraire, à peine dessinées — en réalité, dans ces points il y a fusion des papilles entre elles — mais partout dilatées, refoulant les cônes interpapillaires, les

atrophiant et les réduisant à l'état de prolongements déliés ou triangulaires courts.

Autour du follicule pileux qui occupe le centre d'un grand nombre de préparations, on remarque une accumulation embryonnaire formant des traînées concentriques au follicule, l'entourant complètement, et pénétrant avec lui profondément dans le derme. La diapédèse périfolliculaire se retrouve dans beaucoup de points de la coupe. C'est même dans les endroits répondant à des follicules pileux qui disparaissent profondément, à cause de l'obliquité de la coupe, qu'elle acquiert son maximum d'abondance et de profondeur.

Dans les points éloignés du centre, la diapédèse diminue peu à peu, les papilles sont moins déformées, moins bourrées de cellules migratrices.

En dehors de l'infiltration embryonnaire qui constitue les caractères essentiels de la papule que nous examinons, on est frappé, surtout dans les préparations colorées au picro-carmin, d'une pigmentation considérable de la couche sus-papillaire et papillaire. Dans la plupart des amas embryonnaires, on trouve des blocs pigmentaires irréguliers, souvent confluents, bruns, noirs plus souvent, de volume variable. Quant à l'épiderme, il offre une pigmentation générale de la couche malpighienne profonde; mais en le comparant à l'épiderme d'une peau de nègre normale, il semble que cette pigmentation profonde soit plus marquée et que les cellules superficielles du corps muqueux elles-mêmes soient plus pigmentées que normalement. L'ensemble de ces altérations est représenté dans la figure 1, où nous remarquerons encore la présence de lésions épidermiques d'aspect cavitaire.

Détails des lésions. (Leitz, oc. 1, obj. 8.) — 1° ÉPIDERME. — La couche cornée est normale et présente les débris pigmentaires qu'on trouve dans la peau du nègre saine.

Le stratum lucidum et le stratum granulosum offrent leurs caractères habituels, sauf vers le centre de la lésion, en des points qui répondent à une altération considérable de la couche de Malpighi. En dehors de ces points on trouve dans les grosses cellules superficielles des granulations d'éléidine normales.

CORPS MUQUEUX. — On est déjà frappé, en regardant à un faible grossissement les coupes des portions centrales de la papule, de la présence, dans leur région médiane, d'espaces clairs allongés de haut en bas, qui sont du reste représentés sur la figure 1, et qui donnent l'aspect d'excavations creusées dans le corps muqueux.

Mais si on les examine avec plus d'attention avec un objectif assez puissant, on s'aperçoit qu'il ne s'agit pas ici de cavités réelles ni de cavités dues à la chute de cellules, déterminée par le rasoir, et du reste dans les points exactement correspondants de plusieurs préparations, on trouve des lésions exactement semblables.

Pour bien comprendre leur signification, il faut examiner non les points où elles acquièrent leur maximum, mais les zones de transition, là où l'épiderme altéré se continue avec l'épiderme normal.

On voit d'abord les cellules les plus profondes du corps muqueux s'orienter d'une manière anormale de haut en bas, et former d'étroites la-

melles verticales, serrées les unes sur les autres. Là les cellules, allongées au point d'occuper les quatre cinquièmes de la hauteur de l'épiderme, sont extrêmement réduites de largeur, leur noyau devient fusiforme, s'allonge dans le même sens qu'elles. Du reste, protoplasma et noyau se colorent par l'hématoxyline et l'éosine comme dans les cellules épidermiques voisines saines.

Mais peu à peu, en se rapprochant des parties les plus altérées, on voit la largeur des cellules augmenter à son tour, la longueur restant la même que dans les cellules aplaties. Simultanément, le protoplasma se colore de

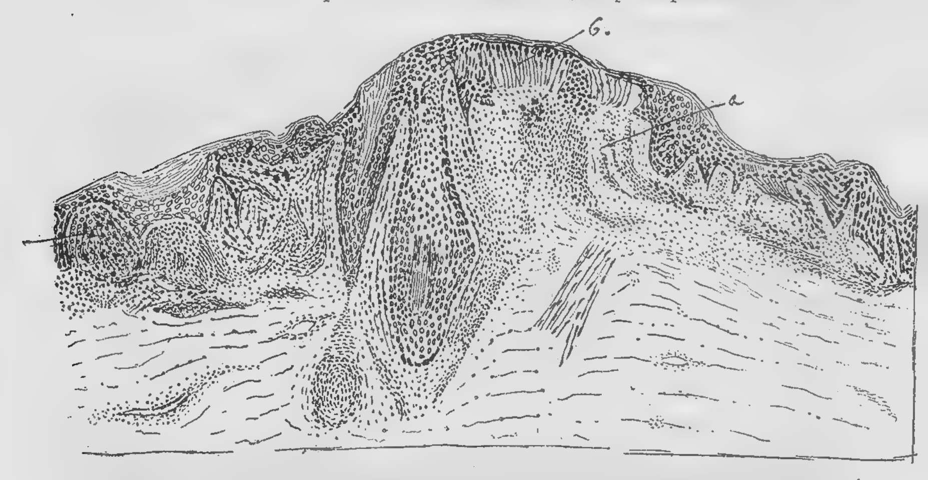


Fig. 1. — Vue d'ensemble. Coloration par l'hématoxyline et l'éosine (Verick, oc. 1, obj. 2).

a. Papilles déformées avec infiltration embryonnaire et pigmentation.
b. Lésions épidermiques (œdème du corps muqueux).

moins en moins et devient comme diffluent, il se fait une sorte d'œdème intra-cellulaire qui gonfle la cellule et raréfie sa substance.

Dans les points où les lésions sont les plus prononcées, l'épiderme est constitué de la manière suivante :

α. Une couche cornée non modifiée.

Immédiatement au-dessous, le corps muqueux se divise en deux parties :

β. Une superficielle qui ne représente qu'un cinquième de son épaisseur, formée de cellules nombreuses, allongées parallèlement à la surface de la peau, comme refoulées de bas en haut, et dont le noyau se colore mal.

γ. Une partie profonde, formée de traînées verticales parallèles, extrêmement déliées, quelques-unes en contact, d'autres s'écartant les unes des autres et limitant des espaces clairs. Mais en faisant varier l'objectif dans les espaces clairs, paraissent de nouveaux tractus semblables aux précédents. Tous se colorent faiblement par le picro-carmin ; plusieurs offrent sur leur trajet des renflements plus colorés, répondant aux noyaux altérés. Dans les intervalles des tractus, on trouve des granulations excessivement fines en général, sombres, pigmentaires. De place en place, quelques noyaux encore arrondis, ayant la dimension, la forme et la coloration de noyaux malpighiens normaux.

Un dernier fait reste à signaler, c'est l'insertion de ces tractus protoplasmiques ; elle se fait d'une part à la partie superficielle de la couche de Malpighi, de l'autre à la surface du corps papillaire où on ne trouve plus sauf en un point bien limité, trace de cellules malpighiennes et qui du reste en cet endroit ne présente plus de cônes intra-papillaires ni de papilles. La reproduction de ces altérations épidermiques est faite sur la figure 2 où l'on voit successivement de droite à gauche quelques cellules malpighiennes aplaties, puis des cellules très dilatées œdématiées, enfin les tractus parsemés de noyaux et de granulations que nous avons décrits.



Fig. 2. — Lésions épidermiques (Leitz, oc. 1, obj. 8).

Ces altérations de l'épiderme répondent à la partie centrale de la saillie que nous avons signalée et qui existe au milieu des préparations. A la limite de cette saillie d'un côté on trouve des lésions différentes. L'épiderme aminci est formé de lamelles allongées, tassées les unes sur les autres parallèlement à la surface cutanée. Mais on est en ce point sur le bord d'un follicule pileux, la lésion peut être expliquée par l'œdème et l'infiltration du derme, ayant comprimé l'épiderme en un point où, inséré profondément aux parties profondes de la peau, il était inextensible.

Du reste, dans d'autres régions de l'épiderme, on trouve des lésions analogues à celles que nous avons signalées, mais beaucoup moins marquées. Les unes sont des lésions d'œdème. Quelquefois les cellules profondes du corps muqueux se tuméfient, se distendent et parallèlement leur protoplasma se colore moins. Les autres sont des lésions de compression. Sur les bords de certaines papilles distendues, les cellules s'aplatissent et se tassent.

Il n'y a pas dans l'épiderme d'infiltration abondante de cellules embryonnaires. De place en place seulement on en trouve quelques-unes. Elles sont plus fréquentes dans les prolongements folliculaires de l'épiderme.

Enfin il n'y a pas trace de karyokinèse ni de division directe des cellules malpighiennes.

Derme. — *Lésions morphologiques.* — Les papilles apparaissent moins nombreuses que dans la peau saine. Dans quelques points elles ont totalement disparu, ainsi que les cônes inter-papillaires. Tantôt ceux-ci ont con-

servé leur longueur normale, mais sont réduits en épaisseur à deux rangées de cellules du corps muqueux, tantôt ils sont réduits dans toutes leurs dimensions. Entre eux les papilles sont hypertrophiées. Quand le cône interpapillaire disparaît, les papilles n'ont plus d'existence propre et se fusionnent entre elles.

Lésions histologiques. — Dans les papilles, elles sont toutes de même ordre, mais d'autant plus accentuées, qu'on examine des points par centaines. Dans les papilles périphériques, on trouve simplement au centre de la papille sur les bords du vaisseau central une ou deux rangées de cellules migratrices. Au centre, au contraire, les cellules sont plus abondantes et dissocient complètement le tissu conjonctif. Tous les amas embryonnaires se relient à ceux de la couche sous-papillaire.

Dans quelques papilles situées au centre des lésions on trouve quelquefois un aspect différent. Quoiqu'elles soient très tuméfiées, augmentées dans leurs diamètres, l'infiltration embryonnaire est peu abondante, et cependant au-dessous, dans la couche sous-papillaire, elle a une très grande intensité. Le contraste est vraiment remarquable. Il faut admettre que dans ces papilles il existe un œdème marqué qui les déforme.

Dans la couche sous-papillaire on trouve latéralement une infiltration embryonnaire périvasculaire modérée. Au centre de gros amas embryonnaires, formés de cellules nombreuses, d'autant plus tassées qu'elles sont situées plus à la périphérie des amas. Ces cellules sont en majeure partie rondes, ou irrégulières, déformées. Elles ont tous les caractères de cellules venues par diapédèse. Quelques-unes sont fusiformes, ce sont les restes des cellules dermiques. La dissociation du derme, quoique la pièce ait été mise dans l'alcool, donne un aspect réticulé des plus nets. Les mailles du réticulum sont épaisses et dans beaucoup de points se colorent par le carmin comme les faisceaux conjonctifs du derme voisin.

Dans tous les amas embryonnaires sous-papillaires, dans toutes les papilles, on trouve des blocs pigmentaires : les uns polyédriques, noirs, de 40 à 50 μ de diamètre ; d'autres plus petits, irréguliers, bruns ; d'autres enfin se résolvant en fines granulations, disposées en traînées, indépendantes les unes des autres. En général, ces blocs sont ou du moins paraissent indépendants des cellules. Beaucoup de celles-ci cependant sont pigmentées. Dans les parties où les amas pigmentaires sont peu abondants, ils forment des traînées parallèles aux capillaires sanguins et infiltrent les cellules endothéliales.

Dans les couches profondes du derme, le tissu conjonctif reprend son aspect habituel. Autour de quelques vaisseaux seulement, autour des parties profondes des follicules on trouve des amas embryonnaires.

L'état des glandes sudoripares n'a pas été examiné, la biopsie n'ayant pas été assez profonde pour les intéresser.

Notons enfin qu'il a été impossible de déceler dans le derme la présence de Matstzellen.

En résumé, si l'étude clinique de la malade n'avait pu suffire à caractériser le diagnostic, celui-ci aurait pu être précisé par l'examen microscopique. Nous retrouvons en effet dans notre cas tous les

caractères essentiels du lichen plan, tels qu'ils sont connus aujourd'hui, en particulier depuis le travail de Török (1), auquel il faut se reporter pour bien connaître les détails microscopiques du lichen de Wilson.

Il s'agit ici, et cela résulte évidemment de notre description, d'une lésion dermique et périvasculaire à l'origine et même, comme le note Köbner (2), d'une lésion débutant par le réseau sous-papillaire, pour s'étendre plus tard aux papilles. Nous avons vu en effet que, dans quelques points où la lésion sous-papillaire était très prononcée, les papilles étaient beaucoup moins atteintes.

Ces lésions sont avant tout une infiltration embryonnaire périvasculaire, limitée d'abord à la périphérie du vaisseau, puis, quand elle augmente, formant des foyers de confluence sous-papillaires — puis des lésions d'œdème, très marquées dans notre cas et apparentes surtout dans les papilles.

Comme Török le décrit et le figure (Pl. IV et V de son mémoire), la tuméfaction œdémateuse et l'infiltration papillaires amènent une modification secondaire des cônes interpapillaires qui se réduisent et finissent par disparaître. Si, à ce moment, les papilles disparaissent également, c'est que normalement elles n'ont d'existence que grâce aux prolongements épidermiques qui les séparent.

Cette lésion papillaire et interpapillaire est le caractère histologique fondamental du lichen plan et si on veut bien se reporter à notre description, on verra qu'elle y existe de la manière la plus nette.

Nous n'avons pas, dans notre cas, remarqué la phase de réaction épidermique que Török a observée dans un certain nombre de papilles de lichen plan à la période d'état et qui est caractérisée par la multiplication des cellules du corps muqueux avec karyokinèse. Peut-être cette absence d'épaississement de l'épiderme dans notre observation est-il en rapport avec la faible saillie des éléments primitifs, constatée cliniquement.

On nous permettra d'insister sur la lésion partielle de l'épiderme que nous avons décrite et figurée en détail. Elle n'a été signalée, croyons-nous, dans aucune affection cutanée. Son existence ne peut contribuer à faire rejeter le diagnostic de lichen. Il ne s'agit pas, sans le moindre doute, d'un processus de vésiculation, nous croyons donner l'hypothèse la plus probable en rattachant l'aspect histologique à un œdème cellulaire, atteignant ici un degré excessif. Cette hypothèse s'accorde parfaitement avec les détails observés, puisqu'on voit des formes de transition entre les cellules aplaties refoulées à la périphé-

(1) Török, *Anatomie des Lichen planus* (Wilson). (*Ziegler's Beiträge zur patholog. Anatomie*, Bd. VIII, Hft. 3, S. 431, 1890.)

(2) Köbner, *Zur Pathologie des Lichen ruber* (*Berliner klinische Wochenschrift*, 1887, nos 20 et 21).

rie et les cellules du centre de la lésion, décomposées en filaments verticaux parallèles, parsemés de noyaux du corps muqueux. L'hypothèse s'accorde également avec les lésions d'œdème des cellules du corps muqueux qui existent habituellement dans le lichen plan avant la période de multiplication épidermique (Török).

La dissociation des cellules en filaments parallèles peut s'expliquer si l'on se rappelle la structure normale des cellules du corps muqueux, formées de fibrilles anastomosées de cellule à cellule et de substance interfibrillaire.

Quoique nous ayons remarqué la prédominance des lésions diapédétiques sur les points du derme répondant à la coupe de follicules pileux, disparaissant profondément à cause de l'obliquité de la coupe, nous ne devons y attacher aucune importance; on comprend qu'une coupe qui n'intéresse plus un follicule intéresse encore sa périphérie; celle-ci étant le siège d'une infiltration embryonnaire, il est naturel qu'on voie cette infiltration pénétrer plus profondément dans le derme à ce niveau que dans le reste de la préparation.

Enfin, le caractère clinique le plus saillant, c'est-à-dire la pigmentation noire, répond à la présence dans tout le derme d'amas pigmentaires extrêmement nombreux et à l'hyperpigmentation secondaire de l'épiderme. La pigmentation étant dans le lichen plan des races blanches un phénomène constant, il n'y a rien d'étonnant à la rencontrer également chez le nègre. Mais elle affecte ici une intensité extraordinaire, et les auteurs qui admettent la formation du pigment de la peau par les cellules du corps muqueux, devront tenir compte de la facilité avec laquelle à l'état pathologique le derme se pigmente dans les races nègres.

VERRUES CONFLUENTES DU SCROTUM

Par le D[r] **Gemy** (d'Alger).

J'ai publié dans les *Annales de Dermatologie* (1889, p. 92) un petit travail sur un cas de *verrues confluentes des deux jambes*. Ce cas m'avait paru intéressant d'abord à cause de la localisation rare de cette kératose, ensuite parce qu'au milieu du chaos qui paraissait régner dans la disposition qu'affectaient ces verrues, il était possible, par une observation attentive, d'en déterminer la symétrie. Il suffisait pour cela de rechercher les *verrues mères* et de suivre les séries de *verrues filles* qui en dérivent par auto-inoculation, ainsi que le D[r] E. Vidal en a formulé la genèse.

Je viens aujourd'hui rapporter un fait semblable qui me paraît au moins aussi probant au point de vue du développement de cette kératose, mais autrement curieux comme localisation.

Voici d'abord l'observation :

Le 17 juillet 1891, M. X..., israélite indigène, d'une trentaine d'années, voyageur de commerce en Algérie, venait me consulter pour des *boutons* qu'il avait depuis longtemps sur le scrotum, mais qui depuis trois semaines environ étaient devenus le siège de démangeaisons d'une telle intensité qu'il en avait complètement perdu le sommeil. Il venait me supplier de le débarrasser le plus tôt possible de cette affection dont le prurit, chaque jour plus violent, menaçait de le rendre fou.

En me faisant ce récit et en répondant aux questions que je lui posais, X... donnait en effet tous les signes d'une excitation nerveuse arrivée au plus haut degré.

Il y a cinq ans, il aperçut par hasard, car la lésion n'avait donné lieu à aucun symptôme subjectif, un bouton qui s'était développé à la partie inférieure de la racine de la verge et qui n'avait pas tardé à être accompagné d'un certain nombre d'autres boutons semblables, de dimensions variées. Comme en définitive cette éruption ne le gênait en rien, il n'y avait pas fait autrement attention.

Depuis trois semaines seulement, ces boutons lui procuraient une démangeaison atroce, surtout la nuit, démangeaison qui l'obligeait à se livrer à un grattage furieux. De plus, l'éruption qui n'avait pas progressé depuis plusieurs années, gagnait depuis quinze jours la face inférieure du pénis.

Après avoir renversé la verge sur le pubis pour bien mettre à décou-

vert l'éruption dont le malade venait de me parler, je fis les constatations suivantes :

A l'angle péno-scrotal siégait une verrue typique de la dimension d'une pièce de 5 francs en or : c'était le bouton qui, au dire du malade, avait précédé l'apparition des autres.

Cette verrue *mère* représentait, eu égard à la disposition du reste de l'éruption, l'écrou d'un éventail à cinq branches et à demi ouvert. Chaque branche était composée de 10 à 12 verrues *filles* de dimension décroissante. Les premières cohérentes, les dernières espacées de 1 à 2 millimètres les unes des autres. A leur point de convergence les verrues des trois lames internes étaient comprimées par les deux lames externes et légèrement saillantes en crêtes de coq. D'ailleurs chaque élément était parfaitement distinct. Les verrues externes étaient plus dures que celles qui siégeaient au centre. La coloration était celle de la peau du scrotum et en les comprimant entre les doigts elles ne changeaient ni de dimension ni de couleur.

En déplissant la peau du scrotum entre les deux mains, on ouvrait l'éventail verruqueux qui se refermait lorsqu'on abandonnait la peau à sa laxité naturelle.

Sur la face inférieure du pénis se trouvaient deux sillons qui, partant de la verrue *mère*, se dirigeaient parallèlement au raphé pénien qui se trouvait entre eux deux jusqu'au milieu de la verge à peu près. Chacun de ces sillons était composé de six éléments dont les premiers avaient la dimension d'une petite lentille, et les derniers d'un grain de chènevis. Ces dernières verrues étaient absolument semblables aux verrues planes de la face, même consistance, même coloration. Chacune d'elles était distante de 3 millimètres de la précédente et de la suivante.

Le diagnostic était certain : la durée de l'affection, son indolence qui ne s'est démentie que tout récemment ; la couleur, la disposition, la consistance des éléments, tout cela ne permet pas de confondre cette éruption avec une syphilide papulo-hypertrophique ; les nævi verruqueux qui sont congénitaux; les petites tumeurs de l'acné varioliforme de Bazin (molluscum contagiosum de Bateman), affection très commune à Alger et que je connais bien ; les kystes sébacés du scrotum.

Restait un point obscur, c'était le prurit intolérable dont cette éruption était devenue tout à coup le siège.

Pendant que j'examinais avec la plus grande attention toutes ces choses, afin de les décrire, je vis tout à coup apparaître dans le champ de ma loupe un *phtirius inguinalis* de dimension moyenne. Avec la démarche lourde, gauche, indolente qui caractérise cet insecte, tantôt il s'abîmait entre les lames.... de l'éventail, tantôt il émergeait sur leur crête, tantôt il rétablissait son équilibre en s'accrochant aux poils clairsemés en cet endroit. Bientôt en apparut un second, puis un troisième. Me livrant alors à une explora-

tion en règle de toute la région, je découvris une quantité de pédiculi de tout âge, de toute dimension qui, en véritables péripatéticiens, déambulaient sur ce domaine dont les hasards de la vie avaient fait leur séjour actuel, paraissant absolument inconscients des tourments dont ils étaient la cause. Il y avait surtout un nombre prodigieux de pédiculi en herbe qui, sous forme de *lentes*, étaient appendus aux poils du pubis promettant à M. X... une série de nuits semblables à celles qui le rendaient fou.

J'avoue que cette découverte me procura un moment de *douce* gaîté. Je dis *douce*, car il est toujours agréable de découvrir la cause des tourments aussi affreux que ceux dont se plaignait vivement le malade, surtout lorsqu'on est certain de la faire rapidement disparaître et de ramener le calme là où régnait la souffrance.

Je fis donc observer à mon malade que c'était à tort qu'il attribuait à la nouvelle poussée de ses boutons le prurit intense qui l'empêchait de dormir et que la véritable cause devait en être reportée aux pédiculi dont il était couvert. Saisissant en même temps un des nombreux coupables entre les mors d'une pince, je le lui mis sous les yeux.

Sa stupéfaction fut aussi profonde que comique : « Mais comment ai-je pu attraper ces animaux ! me dit-il. Il y a plus de trois mois que je n'ai vu de femme. »

Un préjugé des plus répandus n'admet comme possible l'éventualité d'attraper des pédiculi que dans l'acte du coït.

Je lui fis observer que cette éventualité peut se produire dans bien d'autres circonstances : aux *bains mores*, par exemple, dont les israélites sont très partisans et où les parasites de toutes sortes sont autrement nombreux que les baigneurs, ou encore dans les voitures publiques aussi bien urbaines que rurales qui sont, en Algérie en général et à Alger en particulier, d'une malpropreté qui n'a d'égale que celle de la plupart des voyageurs qu'elles véhiculent (1).

Sur la promesse que je lui fis de le débarrasser de ces aptères et par conséquent de lui faire retrouver le sommeil très rapidement, il voulut bien admettre mes explications.

Je lui prescrivis donc une solution concentrée de bichlorure : 250 grammes d'eau pour un gramme de bichlorure dissous dans 50 grammes d'alcool à 90° ; faire deux frictions en tout (une par jour) et surveiller l'éclosion des lentes pour, à ce moment, faire une troisième friction.

(1) Je suis d'autant plus autorisé à donner pareille étiologie à cette invasion pédiculaire que depuis quelques mois j'observe, et cela dans toutes les classes de la société (je parle de celles qui usent habituellement de ces voitures), des quantités de personnes atteintes de cette phtiriase pubienne comme je n'en avais jamais vu. Cette même observation a été relevée par plusieurs de mes confrères.

Cette manière de procéder m'a toujours réussi sans jamais présenter d'inconvénients.

Je lui conseillai, en outre, de faire désinfecter tous ses vêtements, la ville d'Alger possédant une étuve à désinfection (modèle Geneste et Herscher) très bien organisée.

Puis, une fois la cause du prurit anéantie, et comme il est impossible de se procurer ici des emplâtres spéciaux, la température ne permettant pas leur conservation, je lui ordonnai une pommade salicylée à appliquer deux fois par jour sur le placard verruqueux en poudrant par-dessus avec une poudre composée d'acide salicylique et de sabine.

Ainsi que je le disais en commençant, cette observation est *très curieuse* d'abord à cause du siège qu'occupe la kératose, siège que je n'ai vu mentionné dans aucun traité, ce qui tient peut-être à l'insuffisance de ma littérature dermatologique ; *très instructive*, ensuite, en ce qu'elle vient confirmer l'enseignement du Dr E. VIDAL sur l'auto-inoculation des verrues.

En effet, voilà un placard qui reste stationnaire pendant cinq ans ; puis, tout à coup à la suite d'une invasion pédiculaire qui sollicite impérieusement une défense unguéale énergique une nouvelle poussée verruqueuse se produit précisément dans le sens des manœuvres de grattage. On peut dire que, dans ce cas, la *cause* est surprise en *flagrant délit*.

C'est à ce double titre que j'ai cru devoir communiquer ce fait aux lecteurs des *Annales*.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 12 NOVEMBRE 1891. — PRÉSIDENCE DE M. LAILLER

Compte rendu analytique.

Sur l'évolution d'un lupus exanthématique en foyers multiples.

M. HALLOPEAU. — Le diagnostic de cette dermatose a été des plus difficiles : on l'a successivement considérée comme étant de nature eczémateuse, syphilitique, mycosique; les résultats de l'examen histologique avaient paru, quand j'ai présenté une première fois cette malade, devoir faire éliminer l'hypothèse d'un lupus érythémateux; c'était cependant bien de cette dernière maladie qu'il s'agissait; M. Besnier l'a reconnu d'après le moulage de M. Baretta et, les modifications qui se sont produites depuis lors dans l'état de la malade ne peuvent plus laisser de doute à cet égard. Actuellement, en effet, au lieu de l'éruption exanthématique disséminée en de nombreux foyers que nous avions sous les yeux l'an passé, là, il n'existe plus qu'un petit nombre de placards éruptifs; leurs caractères se sont très notablement modifiés ; ce sont en ce moment des foyers de lupus érythémateux simple ou érythémato-folliculaire. Les parties qui ont été antérieurement le siège des lésions érythémateuses si persistantes, sont revenues presque entièrement à leur état normal. Par contre, les phénomènes d'asphyxie cutanée signalés précédemment, se sont prononcés davantage et donnent lieu à des altérations persistantes dans la nutrition des doigts et des orteils. Le polymorphisme de ce lupus a été des plus remarquables; nous avons vu se produire successivement de larges placards érythémateux à progression excentrique, des bulles, des ecchymoses, des décolorations et même de petites cicatrices, des phénomènes d'asphyxie locale et enfin des plaques ortiées. Si, comme nous tendons à l'admettre, avec M. Besnier, le lupus érythémateux est une maladie de nature tuberculeuse, la disparition complète et pour ainsi dire spontanée de la plupart de ses manifestations exanthématiques est un fait digne d'attirer l'attention ; on peut, dans cette hypothèse, invoquer avec une grande vraisemblance l'intervention de toxines analogues à la tuberculine; c'est vraisemblablement à cette même cause qu'il faut rapporter les troubles de l'innervation vaso-motrice qui se traduisent par les poussées d'urticaire et par les phénomènes d'asphyxie cutanée. Suivant que les

phlegmasies dermiques, ainsi déterminées, sont accompagnées d'une hyperémie plus ou moins accentuée, il y a tantôt seulement de la rougeur et du gonflement, tantôt production de bulles ou d'ecchymoses. L'existence des plaques persistantes de lupus érythémateux simple ou folliculaire suppose au contraire l'action d'agents infectieux évoluant dans ces parties, probablement de bacilles très atténués dans leur virulence ou d'une autre forme non encore déterminée de l'infection tuberculeuse.

M. E. Besnier. — C'est bien là, comme le dit M. Hallopeau, un cas de lupus érythémateux à variété exanthématique.

Comme dans les autres variétés de lupus, il peut y avoir dans ces cas des terminaisons variables. C'est ainsi qu'il y a des formes malignes avec généralisation au poumon, aux reins, entraînant l'albuminurie et la mort; des formes suppuratives laissant des cicatrices, etc.

M. E. Besnier. — Il n'est pas démontré que toutes les lésions tuberculeuses et que toutes les variétés de lupus laissent des cicatrices.

Un cas d'hystéro-syphilis.

M. A. Fournier. — Le malade que je vous présente est âgé de vingt-six ans, sans aucun antécédent héréditaire. Il a contracté, en mai dernier, une syphilis qui évoluait de façon simple et classique, lorsqu'en août survinrent des accidents d'hystéro-syphilis : tête lourde, langue engourdie, accès de larmes à tout propos, l'obligeant à se cacher pour qu'on ne se moquât pas de lui. Une nuit il se lève pour uriner et tombe comme une masse ; il resta dans l'impossibilité d'articuler un seul mot, mais il poussait des cris de bête sauvage; enfin, il fut pris de véritables accès d'éclat de rire, en particulier, lorsqu'il fixait un objet brillant; en même temps, il constata une faiblesse marquée du bras gauche.

Actuellement, les accès de rire se produisent sous forme de véritables spasmes d'une demi-minute de durée environ; la moindre excitation, les excitations lumineuses par exemple, comme la vue d'une cuvette de montre les provoquent immédiatement. Ils s'accompagnent d'un sentiment pénible de constriction thoracique, avec sensation de *boule*, de strangulation. L'intelligence est restée nette, malgré l'air béat du malade. La céphalée est habituelle.

Il existe une hémianesthésie sensitivo-sensorielle gauche des plus accentuées. Le réflexe pharyngien est aboli.

Un détail qui a son importance au point de vue médico-légal : pendant un premier séjour à l'hôpital, il a été pris quotidiennement de crises d'aliénation mentale complète. Dans cet état, il eut à subir des railleries qui le plongeaient dans de violentes colères; au cours de l'une d'elles, il se précipita, le couteau à la main, sur le mauvais plaisant, et ne pouvant l'atteindre, lui lança son arme, l'atteignit, et lui fit une blessure, d'ailleurs légère.

En dehors de ces crises, il reste parfaitement maître de lui.

L'hystérie ne peut évidemment être mise ici en discussion.

Mais sous quelle influence est-elle développée? Il me semble indubitable qu'il s'agit là d'hystérie d'origine syphilitique, d'hystéro-syphilis. Je

n'ai pu trouver trace d'autre origine, psychique, traumatique, toxique ou autre. Rien ne faisait pressentir l'hystérie chez lui — c'est la syphilis seule qui a déterminé le branle-bas — la névrose est apparue en pleine période secondaire, et elle a fait partie d'un groupe d'accidents indéniablement syphilitiques.

Cette hystérie masculine n'est d'ailleurs que le pendant de celle que nous voyons éclore si fréquemment chez la femme à la période secondaire.

Un cas de « lymphangiome circonscrit » des auteurs anglais (hématangiome dermo-papillaire et hypodermique).

M. G. Thibierge. — Voici un homme de vingt-huit ans, qui, depuis l'âge de dix ans, a remarqué le développement sur la paroi interne de l'aisselle gauche, de groupes de petites saillies analogues à des vésicules conglomérées; ces saillies débutent assez rapidement, ont d'abord une coloration rouge violacé ou noirâtre, puis elles se décolorent peu à peu au bout de plusieurs mois, ressemblant alors à des vésicules d'herpès ou de zona. Actuellement, on peut voir des éléments à l'état de saillies rouges, donnant lieu à un écoulement sanguin abondant lorsqu'elles sont rompues et des saillies blanches, moins nombreuses, dont on fait sortir, par la piqûre, une petite quantité de liquide incolore ne renfermant pas de cellules lymphatiques et qui cesse de couler lorsque la saillie s'est vidée. Au niveau de ces groupes d'éléments, on constate dans le tissu cellulaire sous-cutané une tuméfaction mollasse ayant la consistance de certains angiomes.

Ce cas ressemble à certains de ceux qui ont été décrits par les auteurs sous le nom de *lymphangiome*. Le mode de développement des lésions, leur coloration initialement rouge, due à la présence du liquide sanguin, leur décoloration progressive et leur transformation en une sorte de petit kyste séreux prouvent bien qu'elles sont en connexion avec le système sanguin et non avec le système lymphatique. Ce cas doit être rapproché d'un fait récemment observé par de Smet et Bayet qui ont constaté à l'examen microscopique la présence d'un angiome sanguin kystique et des faits décrits, dans ces dernières années, par Mibelli et par Pringle, sous le nom d'angiokératome, dans lesquels de petites saillies analogues à des verrues et renfermant des dilatations vasculaires sanguines recouvertes d'épiderme hyperkératosé se développent aux mains et aux pieds.

Les faits de ce genre doivent être distraits du groupe assez confus de faits auxquels les dermatologistes anglais ont donné le nom de lymphangiome circonscrit, désignation qui, malgré sa défectuosité, peut être appliquée aux faits décrits par Malcolm Morris, par Hutchinson, et à celui observé par MM. Ernest Besnier et Vidal, mais qui ne convient pas à d'autres cas publiés sous ce nom.

M. L. Jacquet. — Dans un cas de M. E. Besnier, j'ai pu, par l'examen histologique, constater de la façon la plus nette la transformation progressive séreuse des lacunes à contenu sanguin, mais le lymphangiome

proprement dit existe bien réellement; j'ai vu des préparations de M. Torök, qui ne laissent pas de place au moindre doute.

M. E. Besnier. — Je désire savoir si le malade de M. Thibierge a sur le corps des nævi, car c'est là, pour moi, la malformation initiale, et je crois que, dans l'interprétation de ces faits, il faut faire une large place à l'hérédité et à la congénitalité. L'enfant de ma malade avait, au milieu de la région dorsale, un hématangiome typique.

M. Thibierge. — Mon malade lui-même n'a pas d'autres lésions de ce genre, mais sa sœur en aurait également.

Nouveau cas de lichen plan guéri par l'hydrothérapie.

M. L. Jacquet. — J'ai eu de nouveau l'occasion d'employer ce mode de traitement, qui m'avait fort bien réussi une première fois déjà et j'ai tenu à vous présenter la malade, dont l'histoire est des plus instructives.

Elle est de souche névropathique de par ses deux ascendants. Elle-même a toujours été ultra-impressionnable, rit ou pleure fréquemment sans motifs; à la mort de sa mère, elle eut une crise nerveuse violente, puis perdit connaissance. Nouvelle crise du même genre il y a un an à l'occasion d'une piqûre de morphine.

Le début de sa maladie remonte à février 1891 : c'est la première fois qu'elle a eu une éruption. Longtemps auparavant déjà elle souffrait d'énervement et d'insomnie. En février, pendant sa période menstruelle, elle apprit la mort de son frère, elle en fut vivement émue, brusquement ses règles se suspendirent. Quelques jours plus tard, et elle était particulièrement nerveuse ce jour-là, presque au sortir de table, après avoir mangé du poisson, elle se prit vivement de querelle avec une de ses clientes pour un motif des plus futiles.

Aussitôt après, elle ressentit des picotements, des démangeaisons violentes, puis constata de petites ampoules analogues à des piqûres, et qu'on lui dit être de l'urticaire. Depuis lors, l'énervement n'a fait que s'accroître; l'insomnie devint presque absolue, elle passe ses nuits à se gratter, à se lever; le matin elle se trouve brisée, anéantie. La morphine, le chloral et le sulfonal ne lui procurèrent aucun soulagement. Entre temps, l'éruption se modifiait : l'aspect ortié a duré trois ou quatre jours, puis un lichen plan typique a envahi en peu de temps la presque totalité du corps. A l'exception de la face et des régions palmaires et plantaires, l'éruption a été très confluente aux quatre membres. Depuis le début de sa maladie elle a été soignée de la facon la plus classique par mon collègue et ami le docteur Liandier (liqueur de Fowler, arséniate de soude, pommade au sublimé, etc.).

Le mal ne faisant qu'empirer, M. Liandier l'adresse à l'hôpital Saint-Louis, où, grâce à l'obligeance de M. Thibierge, je pus la traiter par l'hydrothérapie à l'exclusion de toute autre médication interne ou externe. Mes indications ayant été mal suivies, elle prit d'abord trois douches *froides* qui ne firent que l'énerver davantage, ses règles survinrent sur ces entrefaites et elle suspendit pendant huit jours. *Depuis lors, elle a pris quotidiennement une douche tiède à 35° environ, suivie d'une courte affusion froide.*

Dès la troisième douche, une amélioration notable s'est produite; elle a dormi trois heures par nuit en moyenne; les démangeaisons sont moins vives; elle est plus calme. Je la revois après la douzième douche (16 septembre) : elle dort très bien, se gratte à peine, non seulement il ne s'est pas produit de papules nouvelles, mais encore sur le tronc et les membres supérieurs, un grand nombre ont passé à l'état maculeux; aux poignets et aux membres inférieurs, par contre, l'éruption est à peu près dans le *statu quo*.

23 septembre. — L'amélioration s'est encore accentuée; c'est toujours aux poignets, région très exposée aux irritations locales, que les papules résistent le plus; là aussi pourtant, elles commencent à fléchir.

29 octobre. — Depuis sa dernière visite, elle a de nouveau suspendu les douches au moment de ses règles, puis a négligé de les reprendre. Pendant cette interruption qui a duré quinze jours, l'*insomnie*, le *prurit*, le *nervosisme* ont reparu; toutefois, il ne s'est pas fait de nouvelles efflorescences de lichen. Dès la reprise des douches, tout est rentré dans l'ordre et aujourd'hui la guérison est presque complète, il n'y a plus guère que des macules. Toutefois, je retrouve encore quatre ou cinq papules à l'avant-bras droit. La malade a pris en tout *trente* douches, coupées par deux interruptions, une de huit jours, l'autre de quinze.

Cette observation me paraît éminemment démonstrative; cette névrose, tant par sa phénoménalité nerveuse de fond que par l'étendue des lésions cutanées réactionnelles, constituait un cas sérieux de lichen de Wilson. Après avoir été traitée avec méthode et persévérance, elle m'est arrivée *à son paroxysme*. Tout traitement local ou général autre que l'hydrothérapie a été absolument écarté, et en trois jours une détente notable s'est produite qui est allée s'accentuant jusqu'à la suspension, *fâcheuse* pour la malade dont la guérison s'est trouvée ajournée, *heureuse* pour ma cause, puisque la démonstration a été double.

Il est un certain nombre de points intéressants que ce cas met en relief : l'action des chocs nerveux multipliés et successifs sur un système cérébro-spinal prédisposé de par l'hérédité; le début plus fréquent qu'on ne le croit ou qu'on ne le dit par l'urticaire, la subordination des lésions cutanées aux phénomènes nerveux et au prurit, etc. Je reviendrai sur tout cela plus en détail. Il me suffit, pour aujourd'hui, de mettre en lumière ce fait qu'un lichen de Wilson intense et rebelle, peut être soulagé immédiatement et complètement guéri par l'hydrothérapie employée avec méthode, à l'exclusion de tout autre traitement général ou local. Je crois du reste que la protection de la peau constituerait ici un adjuvant très efficace, de même aussi que les médicaments nervins, mais j'ai tenu à laisser à la démonstration toute sa pureté : j'aurai ultérieurement à m'en servir.

L'agent hydrothérapique de choix est la douche tiède à 35°, c'est-à-dire la douche sédative par excellence; elle doit être de courte durée, deux à trois minutes au maximum et avec le minimum de percussion. Je n'entends nullement, du reste, ni en restreindre l'emploi au lichen de Wilson, ni la considérer comme un spécifique de cette affection; d'autre part, en effet, j'en ai obtenu d'excellents résultats dans le traitement de quelques autres névroses à déterminations cutanées, en particulier dans le prurigo de Hebra,

et, d'autre part, je suis bien persuadé que, sur un sujet rebelle à l'hydrothérapie et la supportant mal, il pourrait y avoir, non amélioration, mais aggravation du mal; j'ajoute, comme correctif, que l'hydrothérapie employée sous cette forme est très rarement mal tolérée.

M. E. Besnier. — S'il se confirme, par la suite, que M. Jacquet ait trouvé un mode de traitement du lichen plan supérieur à ceux dont nous disposons actuellement, il aura rendu un service dont on ne saurait trop le remercier, le lichen de Wilson étant une dermatose pénible et rebelle. Et si, comme l'auteur le croit, cette méthode est applicable à la série dermatologique, qu'avec M. Brocq, il qualifie de *névrodermites*, il faudra reconnaître que c'est là positivement une révolution dans la thérapeutique de ces affections. Pour ma part, je ne manquerai pas d'entrer dans cette voie et de donner les résultats de mon observation personnelle.

M. Barthélemy. — Si je me rappelle bien les détails, pour M. Jacquet, l'éruption daterait d'un an déjà. Or le lichen plan peut guérir spontanément après ce laps de temps.

M. L. Jacquet. — Je ferai remarquer que cette malade m'est arrivée en plein paroxysme éruptif, que la sédation des phénomènes nerveux a été pour ainsi dire immédiate, que la suspension du traitement a été suivie en quelques jours d'une véritable rechute, qui a cédé aussitôt elle-même à la reprise des douches. La démonstration est donc double et évidente. Enfin, l'éruption date non pas d'un an, mais du mois de février seulement. Ce sont les troubles nerveux provocateurs qui remontent à un an et même au delà.

M. Thibierge. — J'ai soumis une malade atteinte de lichen plan à l'hydrothérapie. Telle qu'on la pratique à l'hôpital Saint-Louis, je ne crois pas qu'elle en ait retiré grand bénéfice.

M. L. Jacquet. — La malade de M. Thibierge a pris des douches froides et j'ai pris soin de spécifier moi-même qu'elles avaient plutôt nui à ma malade.

M. Lailler. — Il faut dire que l'installation hydrothérapique de l'hôpital Saint-Louis est fort défectueuse.

Traitement d'une pelade généralisée par les injections intradermiques antiseptiques et stimulantes (procédé du docteur Moty).

M. Barthélemy. — M. Moty a eu l'idée judicieuse de poursuivre le parasite dans l'épaisseur même de la peau et d'y faire systématiquement des injections de sublimé. J'ai employé ce procédé chez un malade porteur d'une pelade datant de janvier 1891 et ayant amené la dénudation complète du crâne, de la nuque, des tempes et des sourcils. J'ai fait usage d'une solution de sublimé de 0,10 centigrammes pour 100 grammes d'eau distillée. J'ai commencé en injectant 6 gouttes seulement pour une surface de l'étendue d'une pièce de 5 francs en six points différents, 1 goutte par point. J'ai obtenu ainsi 6 saillies blanchâtres au centre, rosées à la périphérie, en tout analogues à une poussée d'urticaire. J'ai augmenté graduellement le nombre des piqûres et le nombre des gouttes instillées à chacune jusqu'à obtenir ainsi plus de 40 petites saillies ortiées. J'ai fait

ainsi, du 17 juillet au 15 octobre, une dizaine de séries de ce genre toujours fort bien supportées : or, dans ce laps de temps, la repousse est devenue à peu près générale; presque partout blanche, bien entendu, mais remarquablement active.

M. Moty. — Depuis ma première communication à la Société, j'ai modifié ma méthode. J'emploie le sublimé à 4 p. 100 et la cocaïne à 2 p. 100 : avec cette association les résultats sont encore meilleurs.

Je pratique généralement une injection pour une plaque moyenne, quatre ou cinq injections pour les grandes plaques à leur périphérie, je laisse reposer mes malades pendant 4 jours, et après 4 séries de ce genre, je les envoie en congé de convalescence; il est rare qu'on ait à me les renvoyer.

M. E. Besnier. — Ces résultats sont fort intéressants. Je renouvelle cependant les observations que j'ai déjà proposées à l'occasion de la première communication de M. Moty.

En outre, ce traitement exige une certaine habileté manuelle et, de plus, il est exceptionnel que, dans la pratique hospitalière comme dans la pratique civile, on ait la chance d'avoir des malades aussi bien *en main* que ceux de M. Moty.

M. Moty. — Le manuel opératoire des injections est facile; cependant il faut éviter de trop distendre le derme, de crainte d'eschares. Cela ne m'est, du reste, jamais arrivé.

Sur la persistance des effets de la tuberculine chez deux malades atteints de lupus.

M. Hallopeau. — Dans une note communiquée en février, j'ai admis, d'accord avec M. Besnier, que l'action curative des inoculations de tuberculine, évidente dans certains cas, n'était que passagère et que bientôt de nouveaux nodules se reproduisaient dans le tissu de cicatrice. Il semblait donc que le lupus dût bientôt se reproduire avec les caractères qu'il offrait précédemment. Les deux malades que je présente montrent qu'il n'en est pas toujours ainsi et que les caractères du lupus peuvent au contraire rester profondément modifiés par le fait des inoculations.

Jules G... est atteint d'un lupus de la face qui a présenté, jusqu'au jour où il a été modifié par les inoculations, un caractère végétant d'une intensité exceptionnelle : les masses tuberculeuses formaient des saillies de près d'un centimètre et repullulaient chaque fois qu'on les avait réduites, soit par la cautérisation, soit par la rugination. Or, sous l'influence des injections, ces masses se sont rapidement affaissées et bientôt la surface lupique est devenue presque complètement lisse; on distinguait encore cependant de nombreux nodules intra-dermiques et l'on devait s'attendre à voir se former de nouvelles masses tuberculeuses repullulant avec la même puissance qu'auparavant : il n'en a rien été; vous pouvez voir que la surface lupique est restée presque plane; la maladie est toujours en activité; de nouveaux nodules continuent à se produire; mais l'affection a presque entièrement perdu son caractère végétant, le volume d'un des rares nodules qui font saillie ne dépasse pas celui d'un grain de chènevis.

Si l'on considère que dix mois se sont écoulés depuis la dernière inoculation, on est conduit à admettre que le lupus est resté profondément et très favorablement modifié dans ses caractères.

Chez Louis P..., l'existence d'une modification persistante dans les caractères de son lupus végétant n'est pas moins évidente. Ces modifications persistantes se produisent surtout chez les sujets qui ont présenté sous l'influence des inoculations une très vive réaction locale, suivie d'une abondante suppuration; il est vraisemblable que ces réactions laissent à leur suite, dans la constitution des tissus où elles se sont produites des modifications persistantes qui en font un moins bon terrain de culture pour les bacilles. Ces faits doivent-ils, en quoi que ce soit, modifier nos conclusions négatives en ce qui concerne l'emploi thérapeutique de la tuberculine? Nous dirons, non, sans aucun doute. Nos deux malades ont, en effet, gravement souffert des inoculations : le premier est le sujet chez lequel nous avons signalé l'existence d'une insuffisance aortique dont l'origine peut être rapportée en toute certitude à l'action de la lymphe; le second a eu une série d'abcès très volumineux qui se sont renouvelés pendant plusieurs mois et ont mis en péril la vie du malade. Chez tous deux, les très notables améliorations obtenues dans les caractères du lupus ont donc été compensées par de très sérieuses complications. Nous maintenons donc intégralement nos premières conclusions : il faut renoncer à l'emploi thérapeutique de la tuberculine aussi longtemps que l'on n'aura pu parvenir à isoler son action curative de son action nocive.

MM. Lailler, Hardy, Besnier, Fournier s'accordent à reconnaître que le terme *action curative*, employé à propos de ce malade, est très exagéré.

M. Hallopeau. — Mon malade est pourtant fort amélioré; il avait été traité pendant quatre ans par les cautérisations, et chacune d'elles était suivie de bourgeonnements considérables qui ne se sont pas reproduits après l'action de la lymphe de Koch.

M. E. Besnier. — Il y a des lupus qui ne supportent pas le feu; je suis le premier à le reconnaître; j'emploie alors un autre procédé, les scarifications par exemple le chlorure de zinc, etc.

Lichen de Wilson chez une négresse.

par MM. G. Thibierge et Leredde. (*On trouvera cette communication in extenso*, p. 843).

M. E. Besnier. — Ce fait présente de l'intérêt en raison de la difficulté spéciale du diagnostic des dermatoses dans la race nègre. Dernièrement, M. Vidal et moi avons, chez un de ces sujets, hésité longtemps entre le diagnostic de lupus et celui de lupus érythémateux.

Ulcère tuberculeux des lèvres.

MM. Troisier et Ménétrier. — Le moulage que voici provient d'un malade arrivé à la période terminale de la phtisie chronique. L'ulcère occupait la commissure labiale gauche sur laquelle il était comme à cheval,

entamant d'une part la muqueuse buccale et de l'autre la peau de la joue. L'altération ainsi constituée était circulaire, de la dimension d'une pièce de 20 centimes. On voyait nettement sur sa surface deux ou trois points jaunes, véritables granulations tuberculeuses. Les coupes ont dévoilé la présence du bacille de Koch.

Voici, d'autre part, un spécimen d'ulcération simple chez un phtisique. Il n'y a pas de points jaunes. On n'a pas trouvé de bacilles de Koch. Cet ulcère a guéri.

Pityriasis rosé.

M. Tenneson. — Je vous présente une malade atteinte de cette affection et sur laquelle on peut observer avec netteté, au niveau du bras droit, la plaque initiale de Brocq, que je considère comme intéressante et importante. Je reviendrai d'ailleurs ultérieurement sur le pityriasis rosé, dont la conception doit, à mon sens, être élargie.

M. E. Besnier. — M. Tenneson a-t-il révélé l'état gastrique de cette malade ? M. Jacquet a attiré l'attention sur la coexistence très fréquente de la dilatation de l'estomac.

M. Tenneson. — Je crois aussi à cette coexistence, mais elle n'est pas spéciale au pityriasis de Gibert, on l'observe aussi dans un certain nombre de dermatoses relevant de l'auto-intoxication d'origine gastrique.

M. E. Besnier. — Elle ne lui est pas spéciale, mais elle semble y être particulièrement fréquente. Quant à la plaque initiale, je ne méconnais pas son importance, mais elle n'a pas une durée indéfinie. Or, celle-ci durerait depuis près de six semaines sans modification ; ce qui est insolite.

Adénopathie zostérienne.

M. Barthélemy. — J'ai déjà signalé une observation de zona thoracique dans lequel, dès le début même de l'éruption, étaient apparues des adénopathies aiguës, les unes au niveau de l'aisselle correspondante, les autres au niveau de l'épine de l'omoplate.

Il vient de m'être donné d'observer un nouveau fait analogue, à l'occasion d'un zona du cinquième nerf intercostal du côté droit.

Un jeune homme de vingt-six ans vigoureusement constitué, jamais malade auparavant, se plaint d'un violent point de côté brusquement survenu depuis la veille. Une très légère fièvre étant apparue dans la nuit, le malade craignant une fluxion de poitrine, vient consulter.

Je constate un mouvement fébrile à peine marqué, 37.7. L'auscultation décèle et permet d'affirmer un état de tous points physiologique de la fonction respiratoire.

Faisant déshabiller complètement le malade, je trouve deux ganglions nettement marqués, unilatéraux, mobiles, du volume l'un d'une petite noisette, l'autre d'un noyau de cerise ; le malade étant maigre, la peau étant tendue, les adénopathies font une petite saillie visible à distance. Elles siègent un peu au-dessous de l'épine de l'omoplate, au sommet de la fosse sous-épineuse. De type franchement aigu, elles n'existaient pas auparavant ; du

moins elles n'avaient jamais été remarquées par le malade qui, actuellement, en souffre très vivement à la moindre pression.

D'après son dire, cette lésion aurait été ressentie pour la première fois, dans la nuit, en même temps que la légère poussée fébrile, c'est-à-dire avant toute éruption. Du reste, si, au moment de mon examen, l'existence de la nature zostérienne du mal ne pouvait faire de doute, le zona n'était encore marqué que par plaques rouges, isolées les unes des autres, irrégulièrement disposées le long du trajet du cinquième nerf intercostal; une plaque présentait au centre la saillie d'une seule vésiculette non encore développée.

Deux jours après, l'éruption avait complété son développement sans persistance de la fièvre. Quant aux adénopathies, elles diminuèrent peu à peu et restèrent perceptibles jusqu'au septième jour de l'éruption.

En l'absence de toute complication, irritation ou lésion locale, il semble bien que l'adénopathie relevait dans ces deux cas directement du zoster.

J'insiste sur son apparition nettement prééruptive: ce qui permet peut-être de penser que le zona n'est pas une simple lésion locale symptomatique d'une névrite, l'éruption étant le cri de souffrance du nerf, qui constituerait toute la maladie; mais qu'il relève d'une cause, sinon générale, toxique ou infectieuse, du moins ne limitant pas son action au système nerveux et intéressant parfois aussi, non secondairement, mais dès le début, le système lymphatique correspondant au département cutané qui sera le siège de l'éruption.

La séance est levée. L. Jacquet.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

SÉANCE DU 28 JUIN 1891

Sur une variété de stomatite diphthéroïde à staphylocoques (stomatite impétigineuse)

MM. Sevestre et Gastou. — Nous avons observé chez les enfants une omatite caractérisée par le développement, sur la face interne des lèvres, t plus spécialement sur la lèvre inférieure à droite ou à gauche de la gne médiane, des plaques blanchâtres d'apparence diphthéroïde, qui font corps avec la muqueuse ou ne peuvent en être séparées sans déchirure et e transforment ensuite sur la partie de la lèvre exposée à l'air en croûtes sanguinolentes. On peut également observer des plaques au voisinage de la ligne médiane sur la lèvre supérieure, et plus rarement sur la face interne des joues dans la région faisant suite aux commissures, sur le palais, sur le voile du palais et jusque sur la luette, quelquefois aussi sur la langue. Les lèvres sont toujours plus ou moins tuméfiées et la muqueuse, au voisinage des plaques, présente aussi une sorte de bouffissure et une vascularisation anormale de sorte qu'elle saigne au moindre contact. Cette stomatite guérit ordinairement en 6 ou 8 jours; elle s'accompagne souvent de coryza et coïncide très fréquemment avec l'impétigo.

Nous avons rencontré constamment dans ses lésions le staphylococcus pyogenes aureus, dont nous avons également constaté la présence dans les pustules d'impétigo.

M. Comby. — J'ai déjà constaté et décrit les localisations buccales de l'impétigo : cette stomatite impétigineuse ne se rencontre que dans le véritable impétigo, affection contagieuse et auto-inoculable.

Georges Thibierge.

CONGRÈS DE BRÊME — SEPTEMBRE 1890

SECTION DE GYNÉCOLOGIE (1)

Lupus de l'utérus.

M. Zweifel. — Malade âgée de vingt-huit ans. Un accouchement il y a sept ans. Dans la famille plusieurs cas de tuberculose. Le mari a eu la syphilis longtemps avant son mariage. Cette malade avait consulté un spécialiste pour des hémorrhagies persistantes; il diagnostiqua un carcinome de la portion vaginale du col. Il existait une vaste ulcération, et après l'examen microscopique de fragments enlevés par le raclage on constata qu'elle n'était pas de nature carcinomateuse. La base de l'ulcère était constituée par un tissu conjonctif ondulé, tandis que sur les bords il y avait de l'épithélium pavimenteux. Comme diagnostic, on hésitait entre la syphilis et le lupus; un traitement spécifique énergique ne donna aucun résultat. Des cautérisations, des badigeonnages avec le baume du Pérou et des applications d'iodoforme amenèrent une amélioration de l'ulcère du vagin, mais le processus gagna la muqueuse utérine. Hémorrhagies persistantes. Le curetage de l'utérus provoqua une suppuration sanieuse avec fièvre intense. L'examen microscopique permit cette fois de reconnaître la présence de tubercules vrais. On ne constata ni cellules géantes ni bacilles tuberculeux.

Les ménorrhagies continuant, la malade entra de nouveau à la clinique où l'on pratiqua l'extirpation totale de l'utérus. Ulcère superficiel de la muqueuse; on ne trouva des tubercules ni sur la séreuse, ni dans le corps de l'utérus. Trompes saines. Ce résultat confirma le diagnostic de lupus.

La guérison marchait régulièrement lorsqu'au bout de trois semaines il survint une hémorrhagie grave qui se reproduisit à trois reprises. Il se forma de nouveau dans la plaie une ulcération cratériforme avec tissu gangréneux. Les cautérisations, le tamponnement ont déterminé consécutivement une amélioration essentielle de l'ulcère; toutefois le pronostic doit être très réservé.

M. Kocks rapporte un cas qu'il a considéré comme un lupus. Il observa sur la portion vaginale du col une certaine quantité de papules qui lui firent penser au lupus. Ce diagnostic était d'autant plus vraisemblable que cette malade présentait une affection lupique de la joue.

A. Doyon.

(1) *Deutsche med. Wochenschrift*, 1891, p. 765.

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE

SÉANCE DU 4 NOVEMBRE 1890 (1). — PRÉSIDENCE DU Dr KÖBNER

M. LEWIN — présente les cinq malades suivants :

1° *Sclérose très étendue de la lèvre supérieure.* Il s'agit d'un garçon de 25 ans qui se serait aperçu pour la première fois il y a trois semaines d'une ulcération de la lèvre, laquelle mesure 4 centimètres et demi de largeur sur 2 centimètres et demi de longueur; elle n'est pas de consistance très dure comme tous les chancres des lèvres résultant d'une infection *per os.* Bien que cette large sclérose dépasse le milieu de la lèvre et s'étende en arrière de la partie rouge de la lèvre, la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires n'est très dure qu'à droite. Le ganglion lymphatique situé à côté de l'épine interne du menton, qui présente toujours une intumescence d'une grande dureté dans les cas de chancres de la lèvre inférieure, n'est nullement intéressé.

2° *Syphilis galopante avec gomme de la rétine.* Homme de 36 ans, 30 jours après l'infection et 15 jours après l'apparition d'un chancre compliqué de blennorrhagie, il présentait déjà un exanthème sous forme d'ecthyma syphilitique ayant envahi plus ou moins tout le corps. L'exploration de l'œil montra en même temps une rétinite pigmentaire et, dans le segment inférieur gauche de la rétine, une tache jaune, légèrement saillante, plus grosse qu'un pois, que l'auteur reconnut être une gomme. L'exanthème fut très tenace et ce n'est qu'après 25 injections d'iodure de mercure qu'il se produisit une amélioration notable.

3° *Syphilis héréditaire tardive ou diphthérie?* Ouvrier sourd-muet âgé de 20 ans. Bien portant jusqu'à l'âge de 9 ans; il aurait eu alors la scarlatine et la diphthérie. A 13 ans ce malade aurait été de nouveau atteint de diphthérie et il en serait résulté une perforation de la voûte palatine et la destruction du voile du palais. Actuellement c'est un garçon faible et anémique; à droite, paralysie faciale caractéristique notamment par lagophthalmie; en outre perte de la luette, soudure du voile du palais et de l'arc palatoglosse et pharyngien à la paroi postérieure du pharynx. Les bords de la perforation du palais sont encore ulcérés. Le pharynx buccal et le pharynx nasal forment par suite une cavité unique. Il ne reste plus de trace des amygdales, l'épiglotte est recouverte de végétations. A l'ophthalmoscope, forte hyperémie du fond de l'œil droit; sur le côté temporal de la pupille on aperçoit un cercle noir distinct. Toute la périphérie de la pupille est ponctuée. Les vaisseaux sont engorgés. Le conduit auditif externe du côté droit est fermé par une membrane située à 1 centimètre de profondeur. Il en est de même du côté gauche. Le thorax, l'abdomen, les parties génitales ne présentent rien d'anormal.

Ces modifications sont-elles dues à la syphilis ou à la diphthérie ? Selon Lewin, elles seraient de nature syphilitique, seules les dents d'Hutchinson

(1) In *Berl. klin. Wochenschrift*, 1891, p. 709.

manquent au tableau clinique. La diphthérie ne produit pas de destructions aussi considérables.

Discussion.

M. Köbner. — M. Lewin a oublié de dire que le processus n'est pas encore terminé. C'est un point très important; il y a encore de larges ulcérations, non seulement sur la voûte palatine largement perforée et le voile du palais, mais sur les os du nez. Le fait qu'un malade présente depuis plus de 10 ans des lésions de ce genre encore en activité exclut certainement la diphthérie, car celle-ci évolue dans une période de temps beaucoup plus courte. Dans des cas de ce genre on peut songer au lupus, mais surtout à la syphilis. Ici on ne peut guère admettre que la syphilis héréditaire.

M. Lewin. — 4° *Urticaire factice nodulaire.* Jeune fille de 20 ans. Leucorrhée. Petites efflorescences ortiées au niveau du sein gauche. En pareil cas, pour établir le diagnostic, l'orateur a recours à l'irritation vaso-motrice. Ici, après la disparition de la raie centrale pâle, due à l'action des nerfs vaso-constricteurs, la zone périphérique se montra rapidement très large et rouge. Bientôt par suite de l'action énergique des nerfs vaso-dilatateurs la zone centrale se souleva en forme de bande ortiée, urticaire factice. Dans le cas actuel, la bande ortiée est constituée par un certain nombre de saillies nodulaires très rapprochées. Ce phénomène non encore observé pourrait s'expliquer ainsi : la saillie ortiée est formée, comme on le sait, par une transsudation des vaisseaux sanguins dilatés dans les vaisseaux ou espaces lymphatiques. Ces derniers présentent çà et là, déjà dans les conditions normales, des sinuosités arrondies qui chez cette malade paraissent être développées d'une façon extraordinaire. Une autre explication est encore possible. On sait que les fibres élastiques renferment des cavités qui sont en relation avec les vaisseaux. Ces fibres creuses, de même que les vaisseaux lymphatiques, présentent des dilatations sinueuses arrondies dans les points où elles se réunissent.

Discussion.

M. Köbner. — Les nodosités ne sont pas nettement visibles sur tous les bourrelets; elles sont difficiles à distinguer. L'ensemble est une raie typique d'urticaire factice. Des saillies éventuelles peuvent s'expliquer par l'inégalité de l'effort exercé le long de la raie.

M. Lewin nie formellement que des bourrelets ortiés présentent fréquemment de pareilles inégalités, il n'a jamais vu de nodosités de ce genre.

5° *Érythème exsudatif multiforme.* La cinquième malade est atteinte d'uréthrite et d'érosions du col. En outre, érythème exsudatif multiforme, principalement sur la joue gauche et la partie droite du front. La marche de l'affection fut normale. Après la disparition complète des plaques, M. Lewin introduisit dans l'urèthre de la pommade de sabine; sous cette influence l'érythème se manifesta de nouveau avec assez d'intensité dès le jour suivant. Chez la plupart des femmes atteintes de cette affection il existe, en effet, des lésions de la muqueuse uro-génitale. Des réflexes ayant leur point de départ dans cette région se produisent facilement et,

d'après les observations d'Höllsten, l'intensité de l'irritation augment avec la proximité du système nerveux central. Bien que ces expériences tendent à faire regarder l'érythème comme une angionévrose réflexe, l'auteur est loin d'admettre cette conclusion comme tout à fait certaine. On peut aussi considérer l'érythème comme une maladie infectieuse, puisque souvent un grand nombre de personnes en sont atteintes en même temps (épidémie d'acrodynie de 1828, à Paris et celle de Bosnie). Demme, de Zurich, aurait même découvert le microbe spécifique dans les efflorescences. M. Boer a fait des recherches longues et minutieuses dan l'Institut de Koch et n'a pu confirmer la découverte de Demme.

Discussion.

M. Köbner. — Depuis combien de temps l'érythème s'est-il effacé ?

M. Lewin. — Depuis hier; avant-hier j'ai introduit la pommade dans l'urèthre et cela pour la deuxième fois; il y a cinq jours, pour la première fois.

M. Köbner. — On ne peut encore rien conclure. Au cours de la guérison d'un érythème exsudatif, il se produit des variations dans la quantité de sang dans les vaisseaux malades, variations qui occasionnent la diminution ou l'augmentation de la rougeur.

M. Lewin. — Bien que j'aie observé environ 60 à 70 cas dont 50 ont été publiés en 1878, je n'ai jamais vu de pareilles oscillations dans la marche de l'érythème.

M. Köbner. — A propos des deux cas de réflexe de l'érythème exsudatif ou noueux consécutif à l'irritation de l'urèthre par la pommade de sabine, l'orateur croit que, en raison des époques de disparition et de retour, il s'agissait de phénomènes accidentels. Il a vu des cas analogues où les nodosités, surtout chez les malades au repos, cessaient d'être visibles et reparaissaient, comme dans les cas de Lewin, notamment sur les membres inférieurs après deux jours de déambulation. Dans les expériences d'irritation il y avait un intervalle d'une semaine; quel était l'intervalle dans vos expériences ? En outre, si l'on ne marque pas séparément les taches pour reconnaître géométriquement si ce sont des taches anciennes qui réapparaissent, ou s'il en survient de nouvelles, on ne peut pas affirmer qu'on ait affaire à une action réflexe. Il est évident qu'au moment où l'érythème pâlit il peut se produire des oscillations dans la quantité du sang, puisque cette malade avoue qu'actuellement encore la rougeur est moins prononcée l'après-midi que le matin.

M. Lewin. — Dans ce cas, l'érythème est devenu plus pâle l'après-midi. On ne peut pas tirer des conclusions certaines, car le hasard peut jouer un rôle; mais l'auteur s'appuie sur ce fait que l'érythème récidivant a reparu dans toute son intensité et avec les mêmes contours, à la même place que l'éruption initiale.

M. Isaac. — J'ai eu l'occasion de voir un grand nombre de cas de ce genre et j'ai trouvé que presque toujours il existait un catarrhe intense de l'estomac, *ab ingestis*. Ces érythèmes appartiennent donc à la classe des urticaires. On peut se demander si la saison ne joue pas un rôle.

M. Lewin. — Parmi les prodromes de l'érythème exsudatif multiforme malin, j'ai toujours noté l'inappétence, l'état saburral de la langue, etc.

M. Köbner. — Je puis confirmer le fait que chez quelques personnes atteintes habituellement d'érythème exsudatif, celui-ci reparaissait, principalement sur les doigts, chaque fois avec un catarrhe de l'estomac ; chez un certain nombre, 3 à 4 fois dans l'année. Aussi d'une manière générale on ne saurait maintenir comme juste le type annuel de récidive de cette maladie établi par Hebra. Je ne saurais dire si on avait affaire à des cas malins. De plus je n'ai pas remarqué que le catarrhe de l'estomac mérite, en tant que symptôme primitif, une mention spéciale par sa fréquence. Une partie des cas décrits devraient peut-être être rangée parmi les exanthèmes médicamenteux. La coïncidence avec les maladies des organes génitaux, si communes chez les femmes, ne me paraît pas assez fréquente pour établir un rapport étiologique.

M. Lewin. — En ce qui concerne la statistique, j'ai constaté qu'environ 30 p. 100 des malades étaient affectées d'érosions de l'utérus et d'uréthrite. Quant à l'expression d'érythème exsudatif multiforme malin, voici ce que j'ai à dire. La forme que j'ai décrite sous cette dénomination se distingue de la forme simple par ses prodromes et les complications. La première débute par une fièvre pouvant s'élever à 41 degrés centigrades et par des symptômes faisant craindre le début d'un typhus. Les complications et maladies consécutives sont : arthrite avec ankylose, endocardite et péricardite, ulcérations, gangrène symétrique.

M. Köbner. — J'ai été mal compris. J'avais en vue les cas dont a parlé M. Isaac, ceux accompagnés de catarrhe de l'estomac. Quant aux formes dites malignes de M. Lewin, on peut différer d'avis. Il est parfaitement possible que ces affections (endocardite et arthrite consécutives) soient dues à la même cause nocive et que l'érythème ne soit qu'un symptôme partiel ; mais, à mon avis, un érythème exsudatif n'est nullement la cause d'une endocardite ou d'une arthrite.

M. Isaac. — Certains aliments ou médicaments produisent chez quelques malades un catarrhe de l'estomac qui engendre une urticaire, un érythème. Il en est de même des exanthèmes médicamenteux qui frappent les uns et épargnent les autres.

M. Lewin. — Pour réfuter l'opinion de M. Köbner que les maladies consécutives ne sont qu'un symptôme partiel de l'influence nocive produisant la maladie principale, l'érythème, je renvoie aux affections consécutives qui surviennent dans d'autres maladies infectieuses, par exemple, le typhus, la scarlatine, etc.

Angine typho-ulcéreuse.

M. Heller présente un malade de la clinique du Dr Rosenthal. Ce malade entra à l'hôpital pour un ulcère du pied. Il avait sur la jambe deux ulcères, l'un de la dimension de la main, l'autre deux fois plus étendu. Ces plaies avaient l'aspect de gommes ulcérées. Engorgement des ganglions inguinaux, cicatrices radiées sur le corps, périostite au niveau des tibias, tache de pigment dans le sillon coronaire du gland. Le voile du palais, la luette, les piliers antérieurs et postérieurs étaient complètement détruits.

Perforation naso-pharyngienne. Sur la paroi postérieure du pharynx ulcère syphilitique typique de la dimension d'une pièce d'un franc.

Comme commémoratifs, pendant la campagne de 1866, ce malade fut atteint d'un typhus grave au cours duquel il resta pendant trois semaines dans un état somnolent. Durant la convalescence, douleurs au niveau du cou; il expectora une partie du voile du palais et de la luette. Après la guérison du typhus, il se produisit entre le pharynx et le nez une perte de substance de l'étendue d'une pièce de 2 francs. Ces symptômes s'amendèrent avec le temps. Douze ans plus tard il aurait acquis la syphilis, bien qu'il nie l'infection. Il survint des ulcères, notamment aux jambes, lesquels guérirent après une cure de frictions. La femme de ce malade eut plusieurs avortements à cette époque.

Les lésions pharyngiennes sont-elles dues à la syphilis ou au typhus? Une perforation de cette dimension exige beaucoup de temps pour se produire; cette perte de substance était survenue assez subitement après la guérison et a diminué spontanément par rétraction cicatricielle. Le rapport avec le typhus paraît donc démontré. S'agit-il d'une angine typho-ulcéreuse? On sait aujourd'hui que la fréquence de l'angine typhique dépend du caractère de l'épidémie. Les ulcères pharyngiens dans le typhus sont de petites ulcérations superficielles, guérissant facilement; elles résultent de pertes superficielles de l'épiderme occasionnées par la pression des dents et de la langue.

SÉANCE DU 6 JANVIER 1891 (1)

Sur une maladie non encore décrite de la peau.

M. Saalfeld. — Au milieu d'octobre 1889, l'orateur remarqua sur la face cubitale de l'extrémité de son pouce gauche un point douloureux à la pression, sans altération appréciable, la peau était seulement un peu épaissie sur une étendue de la dimension d'un pois. Huit jours plus tard, il aperçut sur la partie malade une tache transparente ayant exactement la dimension d'une tête d'épingle, avec sensation analogue à celle qu'on éprouverait si le réseau sous-jacent manquait et était remplacé par une goutte de liquide. La sensibilité à la pression diminua graduellement. Une semaine après, une tache du même genre apparut à l'extrémité du médius droit, en un point où quelques jours auparavant la pression déterminait une légère douleur. Environ vingt jours plus tard, point douloureux sur l'index gauche, nouvelle tache claire sur le côté cubital du doigt, au niveau du pli unguéal. Une quatrième tache analogue survint au bout de huit jours sur le pouce gauche; une cinquième tache se développa encore la semaine suivante sur le pouce gauche, à 1 millimètre de la première et du côté du poignet; cette dernière ne se distinguait des premières que par sa forme allongée et sa longueur d'environ 2 millimètres. Vers le milieu de décembre, toutes ces lésions avaient disparu sans laisser de trace. Saalfeld n'a pas piqué les points affectés; jusqu'à présent pas de récidive. Il n'est

(1) *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, t. XII, p. 181.

pas à même de donner une interprétation quelconque de ces bulles se produisant d'une manière isolée. Il n'a pu trouver une cause, car à cette époque il n'a touché ni substances chimiques spéciales, ni médicaments. Pas de cause constitutionnelle.

M. Blaschko se rappelle avoir observé un herpès digital, il s'agissait d'une récidive; mais dans ce cas le même doigt seulement était atteint. L'orateur croit qu'il s'agit ici d'une névralgie prémonitoire.

M. Saalfeld réplique qu'il n'a et n'a jamais eu de névralgies. Il ne saurait être non plus question d'herpès, car l'éruption n'occupait ni le siège ni le trajet d'un nerf.

Rapport sur le traitement de Koch avec présentation de malades.

M. Rosenthal a constaté, dans cinq cas de lupus de la face, toujours les mêmes phénomènes de réaction générale et locale signalés par tous les observateurs; amélioration dans chaque cas, mais pas de guérison. Dans le cinquième cas il s'agissait d'un malade venant d'Amérique avec le diagnostic de lupus. Les injections ne déterminèrent pas de réaction, il s'agissait d'un carcinome.

Quant au lupus érythémateux, Rosenthal se range à l'opinion d'après laquelle cette maladie n'a rien de commun avec le lupus vulgaire; pourtant le liquide de Koch a eu de l'influence chez un malade; la réaction est tout autre que dans le lupus vulgaire; on n'observe pas la rougeur nettement circonscrite, la sensibilité douloureuse et l'aréole rouge inflammatoire autour de la région malade. Rosenthal conclut de ses observations qu'on ne peut pas nier la valeur diagnostique de la tuberculine, que la réaction est très caractéristique, qu'en outre les formes ulcérées guérissent facilement, les formes hypertrophiques et éléphantiasiques disparaissent presque intégralement.

Discussion.

M. Lassar. — Dans le lupus érythémateux a vu des foyers lupiques disparaître, mais il n'a pas observé de guérison positive.

M. Isaac rend compte de trois cas de lupus traités par lui. Il conseille de commencer toujours par de petites doses, car on obtient les mêmes effets locaux qu'avec des doses élevées.

M. Blaschko fait remarquer que le lupus peut être guéri par d'autres méthodes, c'est ce qui résulte de ce fait qu'un malade précédemment traité par l'eau oxygénée, n'avait pas de réaction en ce point après les injections. Des cicatrices n'ont pas réagi non plus. Il rejette aussi les doses élevées, celles qui ne provoquent qu'une légère réaction locale sont suffisantes.

M. Köbner dit qu'on ne doit jamais employer plus d'un milligramme chez l'adulte et d'une fraction de milligramme chez l'enfant. Toutefois la tolérance pour la tuberculine est étonnante, surtout dans les formes éléphantiasiques. Selon l'orateur, il semble n'y avoir d'effet curatif que là où les nodosités lupiques sont entourées d'un tissu conjonctif vasculaire, tan-

dis que les tissus cicatriciels anciens ne réagissent pas. Pour tous les cas récents c'est un remède remarquable. En ce qui concerne le lupus érythémateux, Arning a dit dans son rapport qu'il n'a observé aucune réaction locale, c'est-à-dire qu'il n'a pas vu l'aréole inflammatoire typique, tuméfiée et douloureuse ; Kaposi n'a pas non plus constaté de réaction locale des tissus dans la lèpre tubéreuse, la réaction générale a même fait presque complètement défaut. Les nodosités du voile du palais et du palais n'ont pas non plus été modifiées.

M. Lewin maintient son affirmation que le cas qu'il a présenté dans une séance précédente était un lupus érythémateux; Arning et Kaposi lui auraient écrit que dans leurs cas une réaction locale et générale s'était produite postérieurement à leur communication.

Dermatite herpétiforme.

M. Palm présente un garçon de 8 ans, atteint depuis trois ans d'une éruption prurigineuse qui consiste en taches arrondies, entourées à la périphérie de vésicules qui se transforment ensuite en bulles et pustules, lesquelles se dessèchent en croûtes. La maladie récidive fréquemment; état général normal. L'orateur croit qu'il s'agit d'une dermatite herpétiforme qui, quoique étendue à presque tout le corps, est surtout développée sur le dos.

SÉANCE DU 3 MARS 1891 (1). — PRÉSIDENCE DE M. LEWIN

Syphilis des lèvres, de la langue et du larynx.

M. Lewin. — Homme de 37 ans. Blennorrhagie en 1866 qui guérit en six semaines. En 1867 il aurait eu un chancre et un bubon à droite, toutefois jamais d'éruption. En 1876, il aurait éprouvé de temps en temps des douleurs de gorge et aurait perdu la luette. En 1886 il fut traité pendant neuf mois à la Charité par l'iodure de potassium pour de violents maux de gorge et sortit amélioré. Il resta bien portant jusque dans l'automne de 1890; à cette époque il éprouva des douleurs très aiguës aux mains et aux pieds et il survint rapidement un tabes.

État actuel : homme assez robuste, marche d'un tabétique, absence des réflexes rotuliens, réaction pupillaire un peu paresseuse. Les deux cordes vocales se meuvent librement et se réunissent bien pendant la phonation.

Les cordes vocales vraies se présentent sous l'aspect de bandes jaunes, recouvertes d'une légère couche de mucus. Les cartilages arythénoïdes sont assez pâles. Au-dessus de la corde vocale droite se trouve une tumeur de la grosseur d'un pois et qui la touche par moments quand les cordes vocales se ferment. Cette tumeur adhère à une autre prolifération lisse, d'un centimètre de longueur. Ces deux tumeurs recouvrent les deux tiers antérieurs des cordes vocales. La corde vocale droite paraît plus large que la gauche. Les cartilages arythénoïdes sont mobiles. L'épiglotte présente

(1) *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1891, t. XII, p. 397.

plusieurs pertes de substance. Sur la langue, cicatrice profonde avec fort bourrelet. Les papilles caliciformes sont en partie conservées, en partie disparues. Le voile du palais manque, il n'en reste qu'un fragment sous forme d'un cordon aboutissant à l'amygdale gauche.

A propos de ce cas, Lewin fait remarquer qu'on rencontre sur la langue les affections syphilitiques suivantes : 1° des condylomes larges qui se désagrègent très facilement et se transforment en détritus graisseux; 2° des gommes qui n'empêchent en rien les malades de boire et de manger. Celles-ci amènent des destructions profondes et produisent des lésions semblables à celles de ce malade; 3° l'atrophie des glandes sébacées de la langue; çà et là il reste de petites papilles qui grossissent et se désagrègent ensuite. Peu de temps avant la mort il y a résorption et l'on trouve l'épiderme presque en contact avec le muscle. Lewin a trouvé dans plusieurs cas des fissures qui avaient l'aspect de saillies ou de papilles filiformes; 4° de la racine de la langue au niveau de l'épiglotte partent des veines à dilatations variqueuses et qui se ramifient dans diverses directions. La syphilis ne va guère au delà des cordes vocales.

M. Hoffmann dit qu'il a actuellement un malade en observation chez lequel, à côté de la dilatation variqueuse des veines sur le bord gauche de la langue, il y a au milieu de celle-ci un ulcère d'aspect variqueux. Celui-ci tend à guérir sous l'influence d'un traitement antisyphilitique, tandis que les dilatations variqueuses des vaisseaux sanguins ne sont en rien modifiées.

M. Lewin admet qu'il puisse y avoir des ulcères variqueux de ce genre, mais ils peuvent aussi venir d'une gomme suppurée.

Alopécie avec trichorrhexie.

M. Blaschko. — Il y a peu d'années on admettait que le symptôme caractéristique de l'alopécie en aires était la chute en foyers des cheveux, qu'en dehors de ce symptôme il n'y avait pas d'autres modifications pathologiques sur les points malades — telles que phénomènes inflammatoires, cicatrices, cheveux cassés — et que même au microscope les cheveux des plaques peladiques ne présentaient rien de particulier. Behrend et Ernest Besnier ont fait connaître récemment deux symptômes spéciaux, la présence de l'air dans la racine des cheveux et l'absence de la substance médullaire. Les mêmes auteurs ont signalé aussi des cas où les cheveux se cassent en plus ou moins grand nombre au-dessus du niveau de la peau — pelade à cheveux fragiles de E. Besnier (fausse pelade, Bazin; pelade pseudo-tondante, Lailler). Cette variété d'alopécie en aires a été nouvellement décrite sous le nom de folliculite microbienne par Nimier qui a observé une épidémie de cette maladie dans quelques régiments; Vaillard et Vincent ont reconnu au microscope, par culture et inoculation, le caractère parasitaire des cas examinés par eux.

Au cours de ces dernières années, Blaschko a examiné tous les cas d'alopécie en aires au point de vue de la rupture des cheveux et, surtout quand on observe la maladie à son début, il a trouvé dans environ 75 p. 100 des cas des tronçons de cheveux, notamment à la périphérie de l'aire. Le

malade qu'il présente aujourd'hui offre cette particularité à un degré très prononcé; toutes les plaques étaient recouvertes au début de milliers de courts tronçons de cheveux, remplacés aujourd'hui en grande partie par des cheveux nouveaux. Ces tronçons de cheveux examinés au microscope ont une racine pleine atrophique, avec une tige atrophique sans pigment, puis vient un court fragment de tige pigmentée, plus large, qui ne paraît pas atrophié et qui se termine par une petite nodosité ou s'effile en pinceau. On ne trouve pas de microorganismes dans la racine ni par coloration (méthode de Gram), ni par cultures, tandis que l'extrémité libre renferme de nombreux organismes. La fragilité des cheveux ne peut pas être due à la seule dessiccation (Wasserverlust), car les poils sont des productions hygroscopiques qui reprennent presque instantanément l'eau perdue dans une atmosphère contenant de la vapeur d'eau. Il doit donc y avoir d'autres troubles de nutrition qui altèrent la couche sébacée et la graisse, et par suite le caractère physique du cheveu normal est entièrement modifié. On peut admettre aussi que la cassure du cheveu est le phénomène primitif (produit peut-être par des microorganismes) et l'atrophie le symptôme secondaire. En résumé, d'après Blaschko, la trichorrhexie est un symptôme du début de l'alopécie en aires, symptôme très fréquent, constant peut-être jusqu'à un certain degré. Il y a des cas où cette trichorrhexie est particulièrement accusée, où presque tous les cheveux se cassent avant de tomber. Ces cas ne sont ni de nature contagieuse ni d'une manière générale parasitaire; on doit par conséquent les séparer nettement de la pseudo-pelade des auteurs français. Les causes de la fragilité particulière des cheveux dans ces cas sont encore inconnues.

Ulcères syphilitiques des jambes.

M. Saalfeld présente une fille de 22 ans qui a été infectée de la syphilis à l'âge de 3 ans. Elle eut alors des engorgements des parties génitales. A l'âge de 9 ans, éruption sur la tête et derrière les oreilles qui disparut au bout de quatre à cinq semaines. Il y a deux ans et demi environ, éruption sur la jambe droite, traitée à l'hôpital par une solution de sublimé; mais l'éruption ne guérit pas. Réglée à 15 ans, époques régulières. Depuis des années, douleurs dans les pieds. — *État actuel :* A la limite du tiers moyen et inférieur de la jambe droite, ulcère à peu près ovale, ondulé sur les bords. d'environ 10 centimètres de largeur sur 4 de hauteur. La peau voisine est très infiltrée et tuméfiée, bords saillants. Sur la face interne de la jambe gauche dont la partie inférieure est complètement insensible et dont les mouvements sont très gênés, il y a également un ulcère de 5 centimètres de large et de 2 centimètres de haut. Les bords sont aussi un peu torpides. Du reste, la peau adjacente est loin d'être aussi infiltrée que sur l'autre jambe. La malade ne tolère pas l'iodure de potassium.

Discussion.

M. Lewin regarde l'ulcère comme syphilitique à cause de ses bords taillés à pic et de son fond; il n'est pas variqueux. Il conseille l'iodure de sodium,

Dans les cas où échouent le mercure et l'iode, on obtiendrait de bons résultats avec la décoction de Zittmann.

Psoriasis syphilitique.

M. Lewin. — Il s'agit d'un homme de 34 ans qui a contracté en 1889 une blennorrhagie et un chancre. Douleurs dans la gorge; le 12 février il entra à la Charité avec des taches rouges sur les bras et la poitrine. L'éruption qui s'étend à presque tout le corps est un psoriasis, et un psoriasis syphilitique, ce qu'indiquent non seulement la couleur et la localisation, mais encore l'absence de prurit. Dans ce cas, on a sous les yeux toutes les variétés de formes du psoriasis. Ce malade a une sclérose au prépuce.

M. Isaac pense que la forme annulaire indique en général une récidive, ce que M. Lewin reconnaît.

Myosite syphilitique.

M. Lewin. — La myosite syphilitique gommeuse se rencontre fréquemment, mais on observe rarement la myosite syphilitique ordinaire. Le malade qu'il présente est âgé de 21 ans. L'infection a eu lieu le 2 septembre 1890. Six jours après, apparition d'une blennorrhagie qui fut guérie en quelques jours par un traitement approprié. Le 26 septembre, chancre dur sur le prépuce, suivi au commencement de décembre d'un exanthème maculeux. L'emploi d'une pommade à l'iodoforme aurait fait disparaître le chancre en cinq jours, mais l'éruption persista et prit peu à peu une teinte plus foncée et une forme saillante. Pas de traitement antisyphilitique. Malgré cette maladie et des douleurs passagères assez fortes dans le bras droit, ce malade fit un voyage de 17 heures en voiture pour les fêtes de la Noël. Au retour il fut pris, le 5 janvier 1891, de douleurs tensives et térébrantes au niveau de l'articulation de l'épaule gauche, douleurs qui finirent par rendre impossible tout mouvement du bras. Le 13 janvier il entre à la Charité.

État actuel. — Papules rondes ou ovales, quelques-unes de forme irrégulière, presque toujours isolées, rouge brunâtre, aplaties, de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de 50 centimes, recouvertes çà et là de squames sèches, blanchâtres, disséminées en grand nombre sur les membres supérieurs et inférieurs et sur le dos, en petit nombre sur le thorax et l'abdomen. Le bras gauche, comme du reste toute la région de l'épaule, pend mollement un peu en pronation. Mouvements actifs et passifs impossibles par suite des douleurs aiguës dans l'articulation de l'épaule. Le tiers supérieur du bras gauche et la région scapulo-humérale sont un peu tuméfiés, très sensibles au toucher. Le muscle biceps est chaud au toucher, sans rougeur inflammatoire de la peau; il a presque la dureté de la pierre dans toute son étendue, mais surtout dans sa partie charnue. Les muscles voisins : deltoïde, coraco-brachial, brachial interne, pectoral, etc., ont une certaine sensibilité à la pression des parties situées au voisinage de l'articulation de l'épaule. Les mouvements du bras droit sont complètement libres. Sur le pénis cicatrice indurée, blennorrhée. La syphilis ne

paraît pas douteuse. Chaque jour injection sous-cutanée d'un centigramme de bi-iodure rouge de mercure.

Une exploration faite pendant la narcose chloroformique montra la parfaite liberté de mouvements des articulations de l'épaule et du coude, de telle sorte qu'on peut exclure une affection des articulations elles-mêmes et de la membrane synoviale. L'examen ne fit que confirmer l'existence d'une myosite du biceps. Au commencement de février 1891, l'exanthème pâlit et la dureté du biceps diminua peu à peu, mais il en résulta une atrophie molle assez prononcée non seulement de ce muscle, mais encore des muscles voisins, tels que le pectoral, le triceps et en partie le deltoïde. Diminution légère de l'irritabilité faradique et galvanique. Cet état fit des progrès les jours suivants et s'étendit en outre aux muscles supra et infra spinaux. La dureté du biceps diminua graduellement en même temps que le bras reprenait sa mobilité, et que l'exanthème s'effaçait de plus en plus, de telle sorte qu'après 28 injections le malade pouvait plier l'avant-bras, bien qu'avec effort, jusqu'à un angle de 30°. Le mouvement du bras est encore limité par suite de l'atrophie musculaire.

Ulcère de la lèvre supérieure.

M. Lewin présente un reporter de trente et un ans, atteint d'un ulcère de la lèvre supérieure. Déjà en mai 1890, il avait eu un ulcère de ce genre dans le même point, avec un ulcère de la nuque. Ce dernier est aujourd'hui cicatrisé. L'ulcère de la lèvre était couvert de croûtes rouge brun et s'étendait jusqu'à la muqueuse gingivale. Le malade dit n'avoir jamais eu la syphilis, ni ganglions engorgés. L'ulcère avait des bords décollés et saignait au moindre contact. Il guérit à la suite d'injection de sublimé. En novembre dernier, ce malade rentre à la Charité avec un ulcère à la lèvre semblable à celui qui existait la première fois. La lèvre présente une surface ulcérée partant de la barbe et allant jusqu'aux dents, elle est recouverte d'un enduit diphthéritique. Le diagnostic est douteux. Lewin pencherait pour un kerion Celsi (sycosis parasitaire), car il ne peut être question d'actinomycoste.

Discussion.

M. Blaschko ne peut pas admettre l'extension du sycosis parasitaire à la muqueuse de la lèvre supérieure, elle se ferait bien plutôt du côté des poils.

M. Saalfeld est d'avis qu'il s'agit d'une infection mixte. Il regarde cette affection comme ayant l'apparence du mycosis fongoïde d'Alibert.

M. Lewin croyait au début qu'il avait affaire à une gomme suppurée, mais la cicatrice de la nuque n'est pas de nature syphilitique. Quant aux mycosis frambæsia, dans tous les cas qu'il a observés, il n'a jamais vu la muqueuse envahie. Il y a ici tendance à la formation de croûtes.

A. Doyon.

SOCIÉTÉ VIENNOISE DE DERMATOLOGIE (1)

SÉANCE DU 25 FÉVRIER 1891. — PRÉSIDENCE DE M. KAPOSI

Sclérodermie.

M. S. Kohn présente une femme de 52 ans atteinte de sclérodermie. Le début de l'affection remonte à deux ans. Pas de maladies antérieures, si ce n'est un rhumatisme il y a six ans. Il survint d'abord de la raideur et des douleurs dans les membres et le tronc. Après une amélioration passagère par le massage, se produisirent les symptômes caractéristiques d'une sclérodermie diffuse. Actuellement la peau de la face, du tronc, des membres supérieurs et inférieurs est le siège d'un épaississement scléreux diffus. Elle est pâle, unie, d'un éclat lardacé. Sur le cou, pigmentation diffuse brun foncé.

Comme traitement on a prescrit l'électricité et le massage.

M. Kaposi appelle l'attention sur la myosite qui accompagne souvent la sclérodermie; elle a été décrite récemment par Thibierge, elle occasionne des douleurs et des contractures.

Il a observé, à sa clinique, un cas instructif sous ce rapport; il s'est terminé d'une manière fatale et avec complication de violentes contractures. Chez un autre malade, âgé de trente ans, il y eut d'abord une myosite qui se transforma plus tard en une sclérodermie typique. L'état de ce dernier malade s'est notablement amélioré, mais il est survenu un amaigrissement très prononcé.

Syphilis chez un enfant de deux ans.

M. Neumann montre un enfant de deux ans, très anémique, atteint de syphilis. Sur le front, la face et le menton, syphilide ulcéreuse, circinée, recouverte de croûtes; aux commissures buccales et sur le cou, papules.

La mère de l'enfant est saine; sa nourrice, prise en août dernier, a des papules aux lèvres et sur les organes génitaux.

Neumann dit qu'il est possible que l'infection ait eu lieu par les surfaces érythémateuses, l'enfant ayant été précédemment traité pour cette affection.

Traitement des brûlures par l'iodoforme.

M. Schiff présente un cas de brûlure occasionnée par du pétrole. Le traitement avec de la gaze iodoformée a donné les meilleurs résultats, et, malgré l'étendue des plaies, il n'y a pas eu de symptômes d'intoxication.

M. Lang rappelle un cas de papillomatose généralisée, qui a guéri par le pansement à l'iodoforme, après énucléation. Malgré la dimension des plaies, il n'y eut pas d'intoxication. Toutefois il recommande la prudence dans l'emploi de l'iodoforme sur de grandes surfaces.

(1) *Archiv f. Dermatologie und Syphilis*, 1891, p. 817.

M. Neumann dit avoir observé des symptômes graves d'intoxication à la suite d'injections sous-cutanées de quantités relativement faibles d'iodoforme.

M. Lukasiewicz a observé, à la clinique dermatologique, où les cas de brûlure sont très nombreux, que le pansement sec avec la gaze iodoformée n'est pas toléré à cause de la vive douleur qu'il occasionne dans les brûlures étendues, principalement du troisième degré. Au bout de quelques heures il faut soulever le pansement, ce qui est très douloureux. Quand l'eschare se détache, le pansement sec exerce directement une action nocive en retenant le pus et en favorisant le développement de lymphangites.

Ce qui constitue l'avantage des pommades à l'iodoforme, c'est la graisse qui, également dans d'autres pommades, est, avec le froid, le remède le plus calmant pour les brûlures. La pommade à l'iodoforme ne présente aucun avantage sur la pommade boriquée, le liniment oléocalcaire, etc.. Ces remèdes, surtout s'ils sont associés à l'application du froid, sont plus efficaces pour atténuer les douleurs que le pansement sec à l'iodoforme, voire même parfois que le bain continu. Ce dernier est préférable à la période de granulation.

M. v. Hebra est partisan du traitement par l'iodoforme, mais il reconnaît les inconvénients du pansement sec signalés par Lukasiewicz. Il emploie dans les brûlures la pommade d'iodoforme dont l'excipient est sa glycérine saponifiée. Il a obtenu ainsi des résultats remarquables.

M. Kaposi discute les succès extraordinaires signalés par Schiff dans le traitement des brûlures. Il ne veut pas répondre aux écrits populaires qui présentent au grand public le pansement à l'iodoforme comme une panacée contre les brûlures et le bain continu comme une chose barbare non plus qu'à l'affirmation d'un homme de l'art qui a dit dans le temps que sous l'iodoforme les brûlures guérissaient sans suppuration et sans cicatrices; il veut seulement s'élever contre l'abus.

Cliniquement le traitement des brûlures est le suivant :

Dans les brûlures étendues, du premier ou du deuxième degré, si le malade ne succombe pas immédiatement, le mode de traitement est indifférent.

La brûlure du troisième degré suppose une destruction du tissu conjonctif de la peau. Elle occasionne toujours de l'inflammation, de la granulation, de la suppuration et des cicatrices. Si l'iodoforme empêchait la suppuration, ce serait un remède merveilleux. Il n'en est rien. On s'est efforcé d'empêcher la dessiccation des pansements à l'iodoforme en les recouvrant d'un tissu imperméable ou en appliquant de la glycérine, de la vaseline, etc. Mais Kaposi, par suite de la popularité du médicament, voit toujours des cas où les malades nagent réellement dans le pus et courent ainsi les plus grands dangers. Quant à la marche des plaies traitées par l'iodoforme, elle est la même, d'après Kaposi, qu'avec les autres pansements. Il n'empêche pas la formation des granulations, c'est-à-dire la suppuration.

Quant aux intoxications iodoformiques, Kaposi a vu des exemples probants et même des cas de mort. Un malade dont les mains seules avaient été traitées par l'iodoforme eut dans la quatrième semaine un délire

furieux, qui cessa immédiatement avec la suppression de l'iodoforme.

Dans le deuxième cas, le traitement prolongé par l'iodoforme amena des vomissements six semaines après la brûlure. Il y eut une issue fatale, bien que les plaies fussent peu étendues et presque guéries et que la diurèse fût normale.

L'iodoforme non seulement ne présente aucun avantage, mais au contraire des dangers d'intoxication. Kaposi met en garde contre le traitement exclusif par l'iodoforme.

M. Schiff ne veut pas prendre la responsabilité de tout ce qui a été écrit sur l'iodoforme. Il reconnaît que la suppuration n'est pas évitée. Toutefois il le recommanderait dans la pratique privée où l'on n'a pas le bain continu à sa disposition. Il conteste absolument l'intoxication iodoformique, car, à sa connaissance, on n'a pas pu jusqu'ici provoquer expérimentalement cette intoxication, ni chez les animaux ni chez l'homme.

M. Horowitz rappelle que dans le laboratoire du professeur Stricker, le professeur Dittel et lui ont empoisonné avec de l'iodoforme, des chiens, qui succombaient avec des symptômes du côté du système nerveux central. Paschkis cite des expériences de König, mais il fait abstraction des expériences sur les animaux et ne relève que les cas d'intoxication iodoformique très minutieusement observés par les chirurgiens; il est de l'avis de Kaposi que les cas négatifs ne prouvent rien, mais seulement les observations positives. L'action d'un remède dépend de la rapidité de sa résorption — l'iodoforme est très lentement résorbé.

Corne cutanée.

M. v. Hebra présente une vieille femme portant une corne cutanée. Tout autour, sur le front, séborrhée abondante; en quelques points, proliférations épithéliales, Sur une portion du bord droit on constate le début d'un carcinome épithélial. Ce cas est un nouvel exemple des verrues séborrhéiques donnant naissance à un épithéliome. Hebra présente ensuite un tabétique qui était en traitement dans une clinique interne, où il prit sans résultat appréciable des bains de siège, du nitrate d'argent et fut soumis à la suspension. Ce malade raconte spontanément qu'il y a dix ans il a eu un ulcère du pénis et depuis quatre ans les symptômes tabétiques. Sept injections de sublimé à 1 p. 100 ont amené une amélioration notable. Le malade marche mieux, même les yeux fermés; les réflexes tendineux reparaissent.

Absorption par la peau.

M. Paschkis s'occupe de la résorption par la peau et appelle l'attention sur les résultats positifs qu'il a obtenus en collaboration avec le Dr Obermayer avec l'application de l'arsenic métallique et décrit de nouvelles expériences qu'il a faites avec le même docteur. Paschkis a choisi le lithium, qui est très facile à reconnaître et dont les sels ne se décomposent pas facilement.

Il l'a employé sous forme d'oléate dans de la lanoline, puis sous forme

de chlorure de lithium en solution aqueuse à 10 p. 100 en badigeonnage sur l'homme, enfin le même sel en solution à 5 p. 100 comme spray sur un chien de race africaine. Dans ces trois cas, on constata la présence du lithium à l'aide du spectroscope dans l'urine convenablement préparée. On peut conclure de ces expériences que des sels alcalins sont résorbés par la peau indépendamment du mode d'application et de la nature de l'acide. La quantité est très faible. Les recherches sont continuées avec d'autres substances et dans des conditions différentes (par exemple, sur la peau anémique hyperémique).

SÉANCE DU 11 MARS 1891. — PRÉSIDENCE DE M. KAPOSI

Érythème papuleux avec pigmentation consécutive.

M. v. Hebra présente un homme de 25 ans, malade depuis quatre semaines. Il avait sur le tronc, les surfaces de flexion des membres supérieurs et dans la région inguinale des papules inflammatoires aplaties qui s'élargirent assez rapidement en cercles à la périphérie et laissèrent une pigmentation brun foncé. Hebra est porté à regarder cette maladie comme un érythème papuleux avec forte pigmentation consécutive. Au premier abord on pouvait croire qu'il s'agissait d'un lichen ruber plan, mais ni le caractère manifestement inflammatoire des efflorescences ni leur rapide expansion et agrandissement ne concordent avec cette affection. Il n'a jamais observé un cas analogue.

M. Neumann est d'avis, comme Hebra, que l'on ne peut se prononcer d'une manière certaine. Il faudrait faire des recherches au point de vue parasitaire.

M. Kaposi croit qu'il s'agit d'un herpès tonsurant avec pigmentation consécutive.

Tuberculine.

M. Kaposi fait une nouvelle communication sur la lymphe de Koch, en quelque sorte un rapport final sur les expériences qu'il a faites et les résultats qu'il a obtenus.

En somme, dit Kaposi, il résulte seulement de ces expériences que le remède de Koch agit rapidement sur le lupus, en ce sens qu'il détermine pendant quelques semaines une inflammation superficielle passagère, la pâleur et l'amélioration du lupus.

Il n'a pas vu un seul cas de guérison avec cette méthode; il n'y en a même pas à espérer, car, dans l'intervalle, en raison de la vitalité persistante des bacilles, le lupus continue à se développer, et, même métastatiquement, on voit apparaître de nouveaux foyers.

Il est vrai qu'on peut se contenter de cette amélioration, mais ceci n'a qu'une valeur pratique.

Théoriquement, soyons affirmatifs, à l'exemple de Koch. Il donne son remède comme devant guérir le lupus, mais Kaposi ne croit pas qu'il en soit ainsi. De ce que quelques cas ont guéri sous l'influence de la tubercu-

line, cela ne prouve rien, des cas isolés guérissant avec tous les traitements et même spontanément.

La kochine prend rang parmi les différents remèdes qui peuvent guérir le lupus; dans aucun cas, elle ne saurait remplacer les médications actuelles ou les rendre superflues.

Il y aura lieu, plus tard, d'établir de quelle manière et jusqu'à quel point on devra alterner et combiner le traitement de Koch avec les méthodes actuelles pour perfectionner la thérapie du lupus.

M. Neumann, après quelques remarques sur l'action de la tuberculine (la réaction est très vive presque exclusivement dans les formes ulcéreuses), pose les questions suivantes : faut-il, dans tous les cas où la tuberculine ne provoque plus de réaction locale, passer immédiatement au traitement d'après les anciennes méthodes, ou bien doit-on attendre jusqu'à ce que la tolérance pour ce remède soit de nouveau éteinte? Combien de temps l'organisme reste-t-il saturé, et quand peut-on revenir à la tuberculine et provoquer de nouveau une réaction générale et locale?

Il faut, de plus, faire entrer ici en ligne de compte la dose et le temps qui s'écoule avant l'apparition de la réaction. A ce sujet, on n'est pas très éclairé. Si la tuberculine agit, le traitement triomphera; si la tolérance de l'organisme dure trop longtemps, le lupus progressera dans les intervalles. Il résulte de ces données que la tuberculine est encore le meilleur remède que l'on possède et que, principalement dans les cas de lupus exulcérant, serpigineux, tumidus, on obtient une amélioration et, en quelques points, la guérison.

Cas de lupus traités par la lymphe de Koch.

M. v. Hebra présente trois cas de lupus qu'il traite depuis environ trois mois avec la lymphe de Koch jusqu'à la dose maxima de trois injections, d'une solution à 10 p. 100; les résultats ont été négatifs.

Dans un cas, Hebra a appliqué sur le tissu lupique des compresses imbibées de tuberculine, mais sans succès et sans qu'il se soit produit de réaction locale.

M. Mracek. — Dans tous les cas de lupus qu'il a traités avec la kochine, il n'a jamais observé de guérison, pas même de l'amélioration.

SÉANCE DU 22 AVRIL 1891. — PRÉSIDENCE DU PROFESSEUR KAPOSI

Lichen des scrofuleux.

M. Schiff présente une fille de 32 mois. Au début, le diagnostic était difficile. On aurait pu penser au pityriasis versicolore, mais on n'a pas trouvé de champignon, et un examen plus attentif montra que l'exanthème était composé de papules, de telle sorte que Schiff fut amené à poser le diagnostic de lichen des scrofuleux. Ce cas est intéressant en raison de l'abondance des papules sur les membres inférieurs.

M. Hochsinger fait observer que, chez cet enfant, il y a un rachitisme très prononcé et une infiltration pulmonaire.

Traitement du lupus érythémateux par le baume du Pérou.

M. v. Hebra présente un cas de lupus érythémateux discoïde avec expansion considérable aux mains. Dans ce cas, l'orateur s'est bien trouvé d'applications de baume du Pérou, mélangé à l'huile de ricin.

M. Schiff dit que quelques médecins anglais emploient le baume du Pérou contre cette affection.

M. Kaposi l'a employé : il a réussi dans quelques cas, mais échoué dans d'autres.

Érythème hémorrhagique polymorphe chez un varioleux.

M. Kaposi présente une malade qui offrait une réunion de symptômes comme il n'a pas encore eu l'occasion d'en observer. Sur les deux jambes, plaques rouge livide, disséminées ou diffuses, de 1 et demi à 3 centimètres de diamètre. Cette rougeur livide ne disparaît pas sous la pression du doigt et a l'aspect d'un érythème hémorrhagique. Les taches disséminées présentent au centre de petites papules entourées d'une aréole rouge et celle-ci à son tour d'un liséré un peu saillant, très rouge, semblable à ce qu'on observe dans l'herpès iris. Les grandes plaques diffuses d'érythème proviennent également des formes analogues. Sur la face quelques papules rouges un peu plus grosses qu'une tête d'épingle, dont le sommet brille comme de l'eau. Elles sont disséminées, sans avoir pour base une plaque érythémateuse. Il s'agit ici d'efflorescences varioliques commençantes. A l'épigastre et sur les cuisses, notamment sur la cuisse droite autour d'un furoncle déjà ouvert, il existe des efflorescences varioliques à la période floride très nettement ombiliquées. Ce cas soulève de nombreuses questions. Faut-il regarder l'érythème des membres inférieurs comme un érythème prodromique de la variole ou bien comme un érythème multiforme indépendant? Bien qu'on n'ait pas observé jusqu'à présent un érythème iris de ce genre comme érythème prodromique de la variole, cela pourrait être. L'exanthème prodromique de la variole doit être interprété comme érythème toxique, tandis qu'il faut regarder les efflorescences varioliques comme l'effet de l'irritation locale directe des vaisseaux papillaires par le virus variolique qui s'est localisé. D'après le développement des efflorescences varioliques, on peut admettre que la maladie est au septième jour. En raison de l'aspect, l'érythème pourrait être effectivement un érythème prodromique de la variole en tenant compte du temps. A la face, efflorescences varioliques au deuxième jour. Sur la cuisse droite les vésicules sont déjà ombiliquées. Ceci est tout à fait exceptionnel. Car en général les efflorescences de la face et de la muqueuse buccale précèdent d'un demi-jour à un jour et demi celles du reste du corps. Ici l'apparition prématurée des efflorescences sur la cuisse tient à une irritation locale, ce malade ayant appliqué des cataplasmes et des emplâtres à cause du furoncle.

M. Neumann n'a jamais observé un érythème iris de ce genre comme prodrome de la variole.

M. v. Hebra est d'avis que l'érythème des cuisses n'est pas un érythème prodromique de la variole. L'expérience montre, en effet, qu'en général il ne survient pas de pustules varioliques dans les points où existe l'érythème prodromique de la variole. Chez ce malade, ce serait le contraire. Hebra croit plutôt qu'il s'agit ici d'un herpès iris. On doit admettre que ce malade est déjà depuis trois semaines sous l'influence du virus variolique et on sait, comme Finger l'a fait remarquer pour la syphilis, que les érythèmes surviennent de préférence chez les sujets déjà affaiblis par d'autres maladies. Il est donc d'avis qu'il s'agit ici d'un érythème hémorrhagique polymorphe chez un varioleux.

M. Hochsinger traite en ce moment dans une famille trois enfants pour la varicelle. Deux enfants furent atteints simultanément de la varicelle, le troisième présenta les symptômes d'un érythème polymorphe, puis plus tard eut la varicelle dont il est encore affecté actuellement.

M. Kaposi répète qu'il n'a jamais observé un érythème prodromique de la variole sous la forme d'un érythème iris; il se range à l'avis de Hebra.

M. E. Kohn dit qu'on pourrait examiner le sang pour constater s'il y a augmentation des globules blancs.

Cas de pemphigus.

M. Kaposi présente quatre malades atteints de pemphigus : 1° l'infirmière atteinte de pemphigus traumatique, dont la maladie remonte à 15 mois et qui n'en a été complètement guérie que depuis deux mois. Aujourd'hui des taches érythémateuses reparaissent sur lesquelles s'élève aussitôt une bulle de pemphigus. Kaposi a montré plusieurs fois déjà cette malade à la Société. 2° Un homme de 70 ans atteint de pemphigus chez lequel il existe un érythème polymorphe étendu. De petites bulles de pemphigus se développent sur les taches érythémateuses. C'est là une des manifestations typiques du pemphigus dans les premières périodes d'éruption, parfois elle fait défaut. 3° Garçon de 6 ans actuellement guéri d'un pemphigus serpigineux. 4° Femme atteinte de pemphigus végétant, déjà présentée dans une séance précédente. Contrairement à ce qu'on observe dans ces cas, cette malade va très bien; il ne reste plus que quelques petites exfoliations sur la muqueuse buccale.

Syphilis héréditaire post-conceptionnelle.

M. Neumann présente un cas de syphilis héréditaire post-conceptionnelle chez un enfant né sans signes de syphilis. A l'âge de 5 semaines, syphilide pustuleuse. La mère de l'enfant, infectée au quatrième mois de la grossesse, a fait 42 frictions mercurielles : elle n'avait aucun symptôme syphilitique quatre semaines avant son accouchement et au moment de son entrée comme nourrice de l'enfant. Le père syphilitique a été traité à l'hôpital du 12 mars au 19 avril 1890. On fit des frictions à l'enfant pendant son séjour à la clinique de Neumann; pendant toute la durée du traitement il fut allaité par la mère. Les symptômes disparurent complètement après 15 frictions.

M. Hochsinger conseille pour le traitement des enfants syphilitiques le protoiodure de mercure 0,10, poudre de gomme 4, en 10 doses égales, 2 à 3 par jour.

M. Neumann a employé ce traitement, mais il préfère les frictions chez les enfants faibles et atteints de troubles digestifs.

Ulcère tuberculeux.

M. Neumann rapporte le fait suivant : un malade entra à la clinique le 18 décembre 1890 avec une large ulcération de la face interne de la joue droite et de la commissure buccale du même côté, ulcération datant de plus d'un an; avant son entrée, traitement spécifique pendant six mois et sans aucun résultat. Cette circonstance, jointe à l'aspect de la plaie : bords festonnés, rongés, base granuleuse, inégale, fit porter le diagnostic d'ulcère tuberculeux. On fit quatre injections de tuberculine et ce n'est qu'après la dernière (0,006) qu'il se produisit une légère réaction générale et locale.

M. Schiff est d'avis que l'aspect et la forme de l'ulcère, l'absence de douleurs et la multiplicité des engorgements ganglionnaires indiquent une autre affection que la tuberculose.

M. v. Hebra. — On pourrait peut-être penser à l'actinomycose.

M. Mracek croit qu'il ne saurait être question de cette maladie.

M. Kaposi serait disposé à croire qu'il s'agit de tuberculose qui aurait présenté au début des signes plus caractéristiques et actuellement en voie de réparation. Alors même que l'on n'a pas trouvé de bacilles tuberculeux, cela ne prouve pas qu'il ne puisse s'agir de tuberculose. Il y a peu de temps Lukasiewicz a présenté à la Société un cas de tuberculose du nez, sans qu'on ait pu découvrir de bacilles tuberculeux. Quand des nodosités ont été expulsées par le processus pathologique, les bacilles peuvent avoir été éliminés avec elles et alors on n'en trouve plus. La constatation des bacilles dépend précisément de la phase de la maladie. Un seul symptôme que l'on observe en général dans les ulcères tuberculeux, la grande sensibilité, manque dans ce cas. Il croit qu'il a affaire ici à une tuberculose, mais ce n'est qu'après une plus longue observation qu'il pourrait porter un diagnostic certain.

M. Ehrmann se rappelle un ulcère traumatique qu'il a observé sur la muqueuse buccale d'un malade de la clinique de Neumann. Le malade fut examiné et on trouva des streptocoques dans les fragments de tissu excisé. Peut-être s'agit-il d'un ulcère de même nature.

Leucodermie syphilitique.

M. Neumann présente un cas de leucodermie syphilitique remarquable par son extension à tout le tronc et aux membres. Ce malade a en même temps des papules au tronc et à l'anus ainsi que des lésions spécifiques du pharynx.

Traitement de la syphilis par les injections d'iodoforme.

M. Neumann présente une femme en traitement dans son service au mois de mai 1889 pour l'affection initiale, en novembre de la même année pour des

papules aux organes génitaux. On lui fit la première fois 45, la deuxième fois 37 injections d'iodoforme; actuellement elle n'a que des excoriations aux grandes lèvres, mais pas de symptômes syphilitiques. A ce propos, Neumann signale les résultats des injections d'iodoforme faites dans sa clinique. Dans les adénites, elles déterminent une rapide diminution de volume en hâtant le ramollissement et la fonte purulente du tissu glandulaire. Les injections sont efficaces dans l'exanthème maculeux et contre les douleurs provenant d'une périostite syphilitique. L'effet est moindre dans l'exanthème papuleux, le psoriasis palmaire et plantaire, Elles sont sans action dans les affections spécifiques des yeux (iritis), elles n'ont pas non plus d'effet préventif. On n'a qu'une seule fois observé des phénomènes passagers d'intoxication après une injection iodoformique à 20 p. 100.

M. LANG demande sous quelle forme la récidive s'est produite lorsque cette malade est entrée pour la seconde fois à la clinique.

M. NEUMANN répond que lorsqu'on a fait pour la seconde fois des injections d'iodoforme, cette malade n'avait que des papules sur les organes génitaux externes.

SÉANCE DU 8 MAI 1891. — PRÉSIDENCE DE M. KAPOSI

Syphilis infantile.

M. v. HEBRA présente un enfant de 17 mois atteint de syphilis acquise; il ne reste plus actuellement que des cicatrices rouges sur la face.

Il y a quatre semaines, la face, les lèvres et les oreilles étaient le siège d'ulcérations spécifiques qui se sont cicatrisées sous l'influence du traitement local (pommade au précipité blanc). L'enfant, né de parents sains, a été infecté par une nourrice syphilitique.

Ce cas, comme beaucoup d'autres analogues, quand des récidives se produisent plus tard, pourrait être regardé comme de la syphilis héréditaire.

M. v. HEBRA présente une femme avec un érythème multiforme presque généralisé, bien qu'il ait un peu pâli.

Érythème multiforme.

M. v. HEBRA parle en outre du cas énigmatique qu'il a présenté il y a sept semaines à la Société et qu'il reconnaît aujourd'hui d'une manière positive être un érythème multiforme. Pas de nouvelles efflorescences.

M. KAPOSI maintient sa première opinion; il s'agit, selon lui, d'un herpès tonsurant vésiculeux remarquable seulement par l'intensité de la pigmentation consécutive.

M. NEUMANN a vu des cas analogues. A son avis, l'examen microscopique serait décisif.

M. KAPOSI insiste sur la marche aiguë du processus et fait remarquer que précisément les cas les plus intenses se résolvent spontanément par suite d'une abondante exsudation. Il en résulte que la démonstration des hypomycètes est extrêmement difficile.

Gomme ostéomyélitique.

M. Ehrmann entretient la Société d'une gomme osseuse guérie chez un jeune homme. Il l'a traité il y a un an pour une syphilide ulcéreuse. On constatait alors sur le bras droit une saillie gommeuse de l'os. L'infection aurait eu lieu par une nourrice syphilitique. Le traitement iodé local et interne amena la guérison de l'affection avec pseudo-arthrose dans l'humérus malade.

Il croit que la gomme ostéomyélitique en se développant a détruit l'os tout entier, ou bien que la fracture est survenue par simple amincissement de la coque osseuse.

Cette affection est d'autant plus intéressante qu'il s'agit d'une syphilis acquise; de plus, que le malade, comme par auto-suggestion, se crut incapable de quitter le lit pendant les années que dura l'ulcération, jusqu'à ce qu'un jour on le jeta pour ainsi dire hors du lit.

M. Neumann rapporte qu'un malade entré dans sa clinique pour une ostéomyélite syphilitique se fractura l'os malade pendant son sommeil.

Cavernite.

M. Neumann présente un homme atteint d'ulcère serpigineux de la région inguinale avec cavernite consécutif à des chancres mous du prépuce. Il y a quatre mois, lors de son entrée à l'hôpital, ce malade avait sur la face interne du prépuce quatre chancres mous. Ganglions inguinaux à droite de la grosseur d'une noisette, à gauche dépassant le volume du poing, avec fluctuation. Malgré l'extirpation des ganglions du côté gauche, aucun traitement ne put empêcher la marche progressive de l'ulcération serpigineuse. Les ulcères du pénis s'agrandirent et déterminèrent une infiltration des deux corps caverneux. Dans le prépuce il existe une perte de substance de la dimension d'une pièce de 2C centimes à travers laquelle on voit les corps caverneux dépouillés de leur membrane albuginée et recouverts de végétations. Sur le pénis, tumeur qui dépasse en avant le sillon coronaire, en arrière s'étend vers la racine du pénis jusqu'au milieu de cet organe et latéralement jusqu'au corps caverneux intact de l'urèthre. Les corps caverneux du pénis sont compris dans cette tumeur, tandis que le reste jusqu'à la racine du pénis est lisse, mou et tout à fait intact. C'est la première fois que l'orateur voit une cavernite se produire à la suite de chancres mous; d'autre part, il connaît des cas de leucémie et d'uréthrite compliqués par cette affection.

M. Grünfeld regarde le cas actuel comme une cavernite consécutive à une lymphangite dorsale du pénis, ce qu'il a eu fréquemment l'occasion d'observer.

M. v. Hebra se rappelle un cas dans lequel un chancre mou du pénis s'accompagna de lymphangite et plus tard de cavernite.

M. Cehak dit que chez le malade présenté par Neumann on n'a pas constaté de lymphangite pendant toute la durée de la maladie.

M. Finger donne le résultat de l'examen histologique qu'il a fait de la cavernite : infiltration à petites cellules avec développement des trabécules

du corps caverneux et thromboses dans les grandes cavités qui amenèrent la guérison avec formation de tissu conjonctif (strictures).

M. Neumann ne connaît pas de cas analogues; son malade prit des bains de sublimé, mais sans succès. La lymphangite dorsale ne peut pas s'étendre en profondeur. Il insiste sur ce fait que souvent les cavernites sont incurables. Chez des sujets âgés il a vu des cordons durs qui s'étaient probablement formés à la suite de lymphangites.

M. Horowitz connaît un cas de cavernite à la suite d'un coup de pied sur le pénis, qui guérit en laissant des nodules de tissu conjonctif. Les rétrécissements les plus fréquents surviennent dans la partie membraneuse, par conséquence sans cavernite.

M. Finger réplique qu'il n'y a pas de séparation nette entre la partie membraneuse et la partie caverneuse et que l'on peut toujours suivre au microscope le prolongement de l'infiltrat de la première dans la seconde.

M. Zeissl a vu un cordon de ce genre chez un sujet sain.

M. Kaposi a observé, sur un individu guéri depuis peu de la syphilis, 3 à 4 nodules durs placés les uns derrière les autres sur le dos du pénis; le médecin traitant les regardait comme des gommes. Il les a considérés comme des thromboses de coagulation produites pendant les érections, ce qui a été confirmé par la suite.

Adénie syphilitique multiple.

M. Neumann présente un homme atteint d'adénie syphilitique multiple. Au mois de novembre ce malade fut traité à la clinique pour une sclérose et un exanthème maculo-papuleux, accompagné d'uréthrite et d'épididymite. Les ganglions supraclaviculaires, alors volumineux, diminuèrent notablement après 37 frictions. Actuellement on trouve au-dessus de la clavicule droite un paquet glandulaire du volume d'un œuf avec fluctuation en un point. Dans la région parotidienne tumeur dure, confluente au centre, plus grande qu'une pièce de 5 francs en argent. En outre il existe d'autres tuméfactions ganglionnaires : à l'angle droit de la mâchoire, en arrière du sternocléido-matoïdien gauche, et dans l'aine des deux côtés. L'orateur dit que l'affection parotidienne a été observée seulement dans un cas par Lang, celle des glandes salivaires sous-maxillaires dans la syphilis par Lancereaux, Verneuil et Fournier.

Zoster atypique.

M. Kaposi présente un homme de 61 ans, atteint d'herpès zoster atypique du membre supérieur droit. L'éruption s'étend des première et deuxième apophyses épineuses dorsales à l'épaule droite et à toute la partie externe du bras, à partir de là, vers le pli du coude pour se continuer sur le bord radial de l'avant-bras jusqu'au poignet et à l'éminence thénar. Toute cette région est le siège de groupes compacts de vésicules à contenu séreux et hémorrhagique. Cette localisation ne correspond à aucun district nerveux spécial et concorde encore moins avec la théorie de Pfeiffer; elle ne peut s'expliquer que par plusieurs foyers pathologiques isolés dans le plexus brachial.

M. v. Hebra a eu l'occasion d'assister à une nécropsie au cours d'un herpès zoster; on trouva dans le ganglion cervical deux foyers morbides expliquant la grande expansion de la maladie. Il croit qu'il s'agit ici d'un cas analogue.

Folliculite nasale.

M. Kaposi présente un remarquable cas de folliculite nasale. Il s'agit d'une femme de 28 ans. Sur la portion cartilagineuse du nez, il existe des productions papillaires, mamelonnées, molles, rouge bleuâtre, s'étendant jusqu'à la portion osseuse de la face dorsale du nez. Ces tumeurs bosselées sont les unes recouvertes d'un épiderme intact, les autres exulcérées et couvertes de croûtelles vert jaunâtre. Le bord de la partie malade est rouge livide, saillant et infiltré. Au centre, cicatrices de l'étendue d'une lentille et pertes de substance à base nécrosée. Sur le front et les joues, quelques efflorescences acnéiques et petites cicatrices superficielles.

L'orateur admet comme exacte anatomiquement, pour bon nombre de processus, l'expression de folliculite, mais il croit cependant qu'il s'agit peut-être de processus divers qui attendent encore une explication. Il en est ainsi des cas décrits par Lukasiewicz, du cas actuel et de plusieurs autres. Parmi ces derniers, quelques-uns ont fait croire à la syphilis, mais leur marche a montré l'inexactitude de cette opinion. Il y a aussi une certaine analogie avec l'acné bromique. Kaposi traite actuellement un homme ayant, à la pointe du nez, des ulcères de la dimension d'une lentille, mous en forme de trous, à base nécrosique, tout à fait analogues aux précédents. Au pourtour il y a un tissu inflammatoire, vascularisé et des cicatrices. Les productions verruqueuses sont ici en grande partie, comme dans la variole, des fragments de peau restés entre les ulcères.

Lèpre.

M. Kaposi présente une jeune fille de 17 ans, originaire de Java, atteinte de lèpre. Sur le côté de l'extension de la jambe gauche, il existe une tache non infiltrée, de la dimension de la paume de la main, arrondie, rouge sale, brillante.

En dedans de cette tache, vers le mollet, on aperçoit deux taches pigmentaires brunâtres de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent avec une légère furfuration sur les bords, et plusieurs autres plus petites. Taches analogues sur la jambe droite.

Sur toutes les parties affectées la sensibilité est diminuée. Comme il n'existe pas d'autres symptômes que les pigmentations et l'hyperesthésie, le diagnostic est très difficile. Toutefois ce qui permet de l'établir, c'est d'une part qu'une sœur de la malade est atteinte de lèpre et de l'autre, son lieu d'origine.

Maladie d'Addison.

M. Kaposi présente un homme de 50 ans atteint de maladie d'Addison, caractérisée par des pigmentations brunes, diffuses, typiques sur le front, les deux tempes, la face, la muqueuse des lèvres, les membres supérieurs, le pénis et le scrotum.

A. Doyon.

REVUE DES THÈSES
DE VÉNÉRÉOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1890-1891

C.-M. Jouis. — Quelques considérations sur certaines formes d'arthrite blennorrhagique (10 juin 1891).

Les manifestations articulaires de la blennorrhagie sont ordinairement rangées dans les quatre formes cliniques suivantes : 1° l'arthralgie; 2° l'hydarthrose; 3° l'arthrite aiguë; 4° l'arthrite suppurée. L'auteur relate cinq observations dans lesquelles les symptômes présentés s'écartaient quelque peu du tableau clinique ordinaire de l'arthrite blennorrhagique. Chez ces malades, les arthrites présentèrent toutes un épanchement plus ou moins abondant et pouvaient être rattachées à la deuxième forme; mais les symptômes généraux étaient réduits presque à rien; les douleurs dès le début ont été insignifiantes et la station debout était à peu près indolente. Il note en outre que plusieurs articulations furent atteintes successivement et rapidement, l'affection guérissant sur un point pour reparaître aussitôt sur un autre; enfin la guérison a été obtenue plus rapidement que dans les cas de monoarthrite et paraît l'avoir été d'une façon définitive. Marche rapide, envahissement successif de plusieurs articulations, guérison définitive : telles sont les particularités qu'il relève chez ces malades. Il s'agit, en résumé, d'une variété bénigne de la forme polyarticulaire subaiguë de l'*arthrite blennorrhagique,* susceptible d'être rattachée au type hydarthrose.

Erasmo do Amaral. — Contribution à l'étude du rhumatisme blennorhagique (8 avril 1891).

C'est encore une forme rare, mais beaucoup plus importante, de l'arthrite blennorrhagique, qu'étudie M. do Amaral dans sa très intéressante thèse faite à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le professeur Fournier. Il s'agit de la *polyarthrite déformante progressive pseudo-noueuse* avec les complications graves qu'elle peut entraîner du côté de l'appareil locomoteur. Cette variété pseudo-noueuse de la blenno-arthropathie est rarement primitive et ne se montre ordinairement qu'après plusieurs attaques; les petites articulations ne se prennent qu'après les grandes de sorte que si là où les premières attaques n'atteignent que les grandes articulations, le malade sera préservé de la déformation *en griffe* du « rhumatisme gout-

teux », s'il échappe dans la suite aux rechutes qui eussent cette fois localisé le rhumatisme sur son squelette métacarpo-phalangien. Ainsi donc l'affection se complète en plusieurs blennorrhagies et en plusieurs rhumatismes. Mais, une fois la forme plastique pseudo-noueuse réalisée, la récidive semble fatale à chaque nouvelle blennorrhagie : une fois constituée, le processus clinique rappelle en tout point, bien que plus rapide, celui du « rhumatisme goutteux déformant ». Une déformation à retenir est celle que l'on observe parfois au début dans certaines formes, la déformation du *doigt en radis*, arthro-synovite de l'articulation de la première avec la deuxième phalange et dont la planche II de la thèse donne un bel exemple. Mais, outre les déformations du squelette, on peut observer du côté des muscles, une amyotrophie. La fréquence de cette amyotrophie qui peut se montrer dans les autres formes d'arthrite blennorrhagique paraît extrêmement fréquente dans la *forme déformante* (M. do Amaral la trouve 9 fois sur 12, dans ses observations). Cette amyotrophie le plus souvent localisée aux muscles voisins des jointures atteintes, peut exceptionnellement atteindre un ou plusieurs muscles distants du foyer articulaire; enfin elle peut se généraliser comme dans le cas de Raymond, dont la thèse de M. do Amaral donne la figuration (pl. III). La planche I est un bel exemple d'atrophie musculaire des interosseux et des muscles de l'avant-bras consécutive à des lésions ostéo-articulaires des doigts.

Cette atrophie musculaire est de nature réflexe et dépend du retentissement de la lésion locale sur la moelle, qui devient le siège d'altérations purement dynamiques. Cette variété d'arthrite blennorrhagique doit donc être considérée comme grave et le pronostic en est très réservé, tant à cause des complications que nous venons de dire, qu'à cause de sa durée très longue, parfois indéfinie. Le traitement doit s'adresser à l'urèthre encore malade qui doit être désinfecté par des injections antiseptiques, la guérison de l'écoulement ayant un bon effet sur la marche des arthropathies : pour le traitement de celles-ci, on aura surtout recours aux douches sulfureuses et aux saisons thermales, à Aix ou à Luchon; dans deux cas, le traitement mercuriel à l'intérieur a été suivi d'amélioration.

D. ÉGRET. — Étude critique sur les résultats fournis par les injections antiseptiques dans le cours de la blennorrhagie aiguë, chez l'homme (23 juillet 1891).

Il résulte des faits relatés par l'auteur, empruntés à la pratique de certains services de l'hôpital du Midi ou relevés dans les publications récentes, que le traitement antiseptique de la blennorrhagie sur lequel, dans les premiers temps d'enthousiasme provoqué par la découverte de la nature microbienne de l'écoulement, on avait fondé de belles espérances, ne saurait à lui seul, sauf dans quelques cas heureux, suffire à guérir la blennorrhagie. Bien heureux même si, comme l'en ont accusé quelques auteurs, tout en ayant l'air d'améliorer au début il ne prépare pas la transformation du mal en blennorrhagie chronique et sa durée indéfinie. Réserve faite de la méthode abortive qui compte de chauds partisans, le rôle des injections antiseptiques paraît se réduire à diminuer la douleur et l'inflammation

des premières semaines et à préparer l'action des balsamiques dont l'administration, faite en temps opportun, reste encore le moyen le plus sûr que nous possédions pour tarir l'écoulement. Parfois, pour ne pas dire souvent, plus nuisibles qu'utiles, les injections antiseptiques doivent être faites, en tout cas, avec des substances assez peu irritantes pour ne pas provoquer des complications (cystite-orchite) et amener plus tard des rétrécissements.

G. Barraud. — Contribution à l'étude du traitement de la blennorrhagie par le salol (3 décembre 1890).

Préconisé par plusieurs auteurs, entre autres le regretté Dreyfous, dans le traitement de l'uréthrite blennorrhagique, le salol est communément employé dans ce sens et nous en avons nous-mêmes obtenu de bons résultats durant la période aiguë de l'écoulement. Mais il ne faut pas demander à cette médication plus qu'elle ne peut donner et les conclusions auxquelles arrive M. Barraud après avoir expérimenté le salol chez 25 malades du service de M. Humbert, à l'hôpital du Midi, nous paraissent absolument raisonnables. Le salol agit réellement; mais parfois son action est minime; il n'agit guère qu'à la période aiguë et dans certains cas favorables modifie heureusement l'écoulement dès le troisième ou quatrième jour après son emploi. Les doses employées ont été de 4 grammes par jour environ; le médicament a été bien supporté par l'estomac et n'a jamais causé d'accident. En résumé, le salol peut être considéré comme un bon adjuvant dans le traitement de la période aiguë de la blennorrhagie, mais ne saurait à lui seul guérir la blennorrhagie.

J. Dimey. — Étude sur le chancre syphilitique du sein (6 mai 1891).

Faite avec des documents empruntés à la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté, la thèse de M. Dimey complète sur quelques points l'histoire bien connue du chancre du sein. C'est ainsi qu'il relève, sur un total de 139 chancres extra-génitaux observés à la clinique pendant quatre années, 18 chancres du sein, ce qui donne une proportion de 13 p. 100, chiffre qui se rapproche beaucoup de la proportion de 14 p. 100, trouvée en additionnant les statistiques données par Jullien, Pospelow, Neumann, Sigmund et Mrazeck. Dans les chancres extra-génitaux de la femme seulement, le chancre du sein figure dans la proportion de 19 p. 100, arrivant en deuxième ligne après les chancres des lèvres. — L'auteur cite 5 cas authentiques de chancres du sein chez l'homme. Le grand mode de contagion est naturellement la contagion par le nourrisson, mais la contagion par adulte est loin d'être une rareté, soit qu'elle ait lieu par une succion pratiquée pour façonner le bout de sein, soit plus communément par le baiser. Deux fois le chancre a été produit par une morsure; dans un cas de Ricord, la contagion a eu lieu par contact des organes génitaux. Le plus souvent unique, le chancre du sein, surtout quand il résulte de l'allaitement, est parfois multiple; il revêt le plus habituellement la forme érosive ou la forme ecthymateuse.

J. Brauman. — De l'érythème circiné tertiaire de la syphilis (8 juillet 1891).

Qui dit *accidents tertiaires* de la syphilis veut dire généralement, en ce qui concerne les lésions cutanées, des accidents ayant leur siège profondément dans la peau, syphilides tuberculo-gommeuses, avec ses variétés, ou dans l'hypoderme, gommes proprement dites. — Cette conception n'est pas absolument exacte, car il résulte de diverses observations que l'on peut voir apparaître à la période dite *tertiaire* de la syphilis des éruptions présentant un caractère de superficialité qui peut les rapprocher des syphilides de la période secondaire. Ces éruptions se présentent sous deux aspects : celui d'une éruption papuleuse superficielle, c'est le plus rare; celui d'une éruption érythémateuse de couleur rose pâle, un peu jaunâtre, formant de grands cercles, des anneaux et surtout des ovales et des ellipses, circonscrits à une étendue restreinte du tégument. C'est à cette forme éruptive qu'a été donné le nom d'*érythème circiné tertiaire*. Cette syphilide se rapproche de la roséole tardive ordinairement circinée, appelée encore roséole de retour (Fournier) et que l'on voit apparaître à une époque assez tardive de la syphilis secondaire; vraisemblablement ces roséoles tardives établissent un trait d'union entre les roséoles du début de la maladie et ces curieux érythèmes circinés de la période tertiaire. Un fait à noter, c'est que l'érythème circiné à mesure que la syphilis avance en âge se présente sous forme d'éléments éruptifs de plus grandes dimensions, mais en même temps que l'éruption se limite à une étendue de plus en plus restreinte de la peau en se portant de préférence sur certaines régions (bras, avant-bras, régions sacrées et fessières).

La superficialité de l'éruption qui se présente presque toujours comme un simple érythème sans aucun relief en est certainement la particularité la plus curieuse; dans quelques cas, il existerait une desquamation furfuracée très minime : il n'y a pas de phénomènes subjectifs. La durée paraît fort longue, indéterminée si l'éruption n'est pas traitée; et, même traitée, elle durerait encore plusieurs mois; c'est le traitement mixte qui doit être employé.

De ces lésions superficielles de la peau à la période tertiaire, l'auteur rapproche les lésions superficielles de la langue qu'on observe parfois aussi à la même période; ce sont ces lésions auxquelles M. Fournier a donné le nom de *glossites tonsurantes* et qu'il a rencontrées dans des syphilis traitées datant de 6, 8 et 10 années. — Ces lésions superficielles de la peau et de la langue apparaissent généralement chez les malades qui ont suivi un traitement mercuriel assez prolongé et semblent indiquer, en tant que manifestation superficielle et bénigne à une époque de la syphilis à laquelle habituellement les accidents sont profonds et graves, une atténuation de la maladie par le mercure.

C. Petit. — De la réinfection syphilitique (9 juillet 1891).

Parue après l'important travail de Hudelo, publié dans ce journal en mai et juin, et que M. Petit semble absolument ignorer, cette thèse n'ap-

porte aucun élément nouveau sur la question, et ne fait que résumer et analyser les observations déjà connues; on a vu comment, ici même, (v. p. 697) M. Diday a fait spirituellement ressortir à quels bizarres résultats pouvaient parfois aboutir ces analyses à distance. Ce qu'il faut maintenant, ce n'est plus discuter les faits anciens dont plusieurs sont certainement sujets à caution, surtout depuis qu'on connaît l'existence du *pseudo-chancre induré*, mais apporter de nouveaux faits parfaitement étudiés et complètement suivis. Les difficultés extrêmes qu'il y a à recueillir des faits de ce genre, empêchent la question d'avancer comme il conviendrait; car pour la question de principe, tout le monde paraît être d'accord sur la *possibilité* de la réinfection.

A. Herrmann. — Sténoses de l'œsophage d'origine syphilitique (20 novembre 1890).

Les localisations de la syphilis sur l'œsophage sont d'une rareté extrême; et dans les quelques cas cités, c'est du rétrécissement de cet organe qu'il s'agit : tout au plus pourrait-on réunir douze observations réellement authentiques. Cet accident ne survient d'habitude que tardivement et est occasionné par une rétraction cicatricielle succédant à des lésions gommeuses. Les symptômes, la marche et le pronostic du rétrécissement syphilitique sont ceux de tous les rétrécissements de l'œsophage. Les seuls cas terminés favorablement sont ceux où l'on est intervenu au début alors que le processus gommeux était susceptible d'entrer en régression sous l'influence du traitement spécifique; mais une fois la gomme ouverte, la cicatrice qui en résultera amènera la sténose sans que la médication spécifique puisse intervenir efficacement, et le traitement deviendra chirurgical.

A. Roubleff. — Contribution à l'étude des affections syphilitiques tertiaires des poumons (23 juillet 1891).

L'auteur n'a en vue que les gommes syphilitiques du poumon et le diagnostic entre la tuberculose et la syphilis pulmonaire; il insiste sur l'examen bactériologique des crachats qui est venu depuis quelques années apporter une aide précieuse au diagnostic. Aux faits déjà connus il ajoute quatre observations encore inédites. — L'observation I, personnelle à l'auteur et au Dr Lœventhal, a trait à un homme de 28 ans qui, à la troisième année de sa syphilis, fut pris, à la suite d'un « chaud et froid », de toux avec expectoration sanglante, puis amaigrissement avec sueurs nocturnes, enrouement et tout l'ensemble symptomatique de la tuberculose pulmonaire. Au laryngoscope, on constata une gomme de la corde vocale gauche et une ulcération syphilitique de l'épiglotte : on crut pouvoir faire des lésions des sommets des poumons, des gommes syphilitiques. Mis au traitement mixte, le malade était guéri trois mois après. — L'observation II provient du service de M. Rigal; femme de 25 ans, à la huitième année de la syphilis présentant une lésion bien limitée à la base du poumon gauche

avec les symptômes généraux de la tuberculose pulmonaire : traitement spécifique, amélioration très marquée au bout de deux mois. — L'observation III, du service également de M. Rigal, est celle du femme de 23 ans, présentant tous les signes généraux de la tuberculose pulmonaire avec lésions syphilitiques du voile du palais et du pharynx; traitement et amélioration; l'examen bactériologique des crachats, fait à plusieurs reprises et par différentes personnes, a donné toujours un résultat négatif.

L'observation IV a été fournie à l'auteur par M. Feulard. Il s'agissait d'un homme de 37 ans, ancien syphilitique qui fut pris assez brusquement d'accidents pulmonaires qui firent craindre d'abord une gangrène pulmonaire, puis une tuberculose pulmonaire à marche rapidement ulcérante. L'examen bactériologique des crachats resta négatif, et le traitement spécifique institué énergiquement, après quelques hésitations de diagnostic, amena la guérison complète du malade après cinq mois : la guérison s'est maintenue depuis cinq ans.

J. Bonnet. — Rapports de la syphilis et de la paralysie générale (21 juillet 1891).

On sait combien cette question est actuellement, et de tous les côtés, l'objet de discussions intéressantes. M. Bonnet a voulu apporter à l'enquête qui se poursuit les résultats des observations de paralytiques généraux, prises à l'asile de Villejuif, dans le service de M. le Dr Vallon. Sur 166 paralytiques généraux, il n'a pu avoir que 81 fois l'observation assez complète; et il a trouvé : 54 fois, la syphilis confirmée; 11 fois, la syphilis probable; 6 fois, douteuse; 10 fois, pas de syphilis; soit un total de 66,6 cas de syphilis p. 100, et même de 80,2 p. 100 en comprenant les cas où l'infection syphilitique était probable. Recherchant, par comparaison, la syphilis antécédente chez 104 aliénés pris au hasard, il trouve la syphilis certaine 10 fois; probable, 4 fois; douteuse, 3 fois. Dans cette proportion effrayante de 66,6 ou de 80, 2 p. 100, doit-on voir simplement coïncidence ou véritable influence originelle de la syphilis? M. Bonnet n'hésite pas à répondre qu'à la syphilis appartient la part la plus grande dans l'étiologie de la paralysie générale. De là à admettre avec les professeurs Kjelberg, Kiernan, Mendel, que la syphilis seule peut créer la paralysie générale, il n'y a qu'un pas et cependant il ne peut encore le franchir, d'autres causes pouvant produire la paralysie générale.

Ces autres causes sont d'ordinaire l'hérédité congestive ou vésanique, et l'alcool. Mais à la syphilis revient la première place, en raison des altérations vasculaires considérables qu'elle détermine et de la cachexie particulière qui l'accompagne; et l'auteur admet avec MM. Christian, Ritti, Clarke, Meyer, Lubimoff, Mendel, Muller, que toutes les lésions de la paralysie générale sont le résultat d'altérations de vaisseaux, suivies d'une prolifération de la névroglie. Le traitement antisyphilitique échoue parce que, le plus souvent, il intervient trop tard; tout à fait au début seulement, il sera utile; plus tard, il pourra devenir nuisible.

A. Charbonneau. — Étude historique et critique sur la pseudo-paralysie générale syphilitique, ou rapports de la syphilis avec la paralysie générale (18 mars 1891).

Les conclusions auxquelles arrive M. Charbonneau diffèrent de celles de M. Bonnet, puisqu'il maintient l'existence de la pseudo-paralysie générale syphilitique à côté de la paralysie générale vraie pouvant se développer également chez des syphilitiques. Mais quand on suit les conclusions de l'auteur, à savoir : que la syphilis se rencontre très fréquemment chez les paralytiques généraux dont on peut reconstituer les antécédents, mais qu'elle est presque toujours associée à l'hérédité, à des excès de toute sorte, à l'alcoolisme et même à des traumatismes craniens; que la syphilis se rencontre beaucoup plus souvent chez les paralytiques généraux que chez les autres aliénés; que les phénomènes de la pseudo-paralysie générale syphilitique offrent une grande analogie de symptômes avec la véritable paralysie générale, à part quelques différences dans la marche peu irrégulière au début et l'absence habituelle du délire des grandeurs; que, d'ailleurs, la marche de la pseudo-paralysie générale est aussi funeste que celle de la vraie paralysie générale; que le traitement spécifique, sauf dans quelques cas pris au début, reste sans action; on voit que les deux opinions sont, à peu de chose près, semblables, et que, s'il peut y avoir quelque intérêt scientifique à la trancher définitivement, la question, au point de vue des malheureux malades, reste désespérément jugée, et que, vrais ou pseudo-paralytiques, ils n'ont rien ou à peu près à attendre de la thérapeutique.

H. Mallet. — Contribution à l'étude de l'épilepsie syphilitique (5 mai 1891).

Excellente étude d'ensemble de l'épilepsie syphilitique, la thèse de M. Mallet a pour point de départ deux observations fort intéressantes recueillies pendant son internat à l'hôpital Cochin et à l'hospice d'Ivry.

Observation I. — Homme de 42 ans, fils d'apoplectique syphilitique depuis l'âge de 34 ans et non traité, alcoolique, est pris de vertiges avec convulsions et de crises épileptiformes qui vont augmentant de fréquence jusqu'à 60 accès par jour, et meurt dans le coma après cinq jours de séjour à l'hôpital. A l'autopsie, on trouve les méninges épaissies et, dans l'hémisphère droit, deux gommes volumineuses à surface lisse, presque régulièrement arrondies et de la grosseur d'une petite noix, comprimant les circonvolutions pariétale ascendante et frontale ascendante. Le pied de la deuxième circonvolution frontale antérieure offre une dépression où se trouve logée en partie celle des deux gommes qui est la plus élevée par rapport à l'autre. Une coupe perpendiculaire à l'axe antéro-postérieur de l'hémisphère et faite à un centimètre en avant de la frontale ascendante, vers le pied de la troisième frontale, fait voir à la partie supérieure, près de la scissure interhémisphérique, une petite gomme de la grosseur d'un pois et, autour d'elle, de nombreux points du volume d'un grain de mil

jaunâtre ayant la même apparence que les grosses gommes. En résumé, méningite scléro-gommeuse, artérite de la sylvienne.

La deuxième observation est beaucoup moins probante : il s'agit en effet d'une jeune fille de 22 ans, fille d'un père mort d'accidents cérébraux qui, ayant eu une fièvre typhoïde à la fin de l'année 1887, fièvre typhoïde accompagnée de divers accidents nerveux, est prise l'année suivante d'accidents épileptiques et meurt dans le coma au bout de peu de jours : on ne lui connaissait aucun antécédent syphilitique. A l'autopsie, on trouve en pleine substance blanche ou lobe frontal droit une masse absolument adhérente au reste du tissu. Autour de cette masse, à la partie antérieure les circonvolutions sont réduites en bouillie sur l'étendue d'une pièce de deux francs. Au centre caséeux de la masse on voit quelques petits foyers rouges. La périphérie est constituée par une zone rosée, translucide, d'aspect conjonctif. Pas de lésions osseuses. — L'examen histologique révèle une structure analogue à celle de la gomme et par exclusion l'auteur suppose qu'il a eu réellement affaire à une méningite scléro-gommeuse. Nous croyons qu'il faut se montrer très réservé pour ce second cas fort intéressant à coup sûr, comme tumeur cérébrale, pour l'histoire de l'épilepsie symptomatique, mais que nous n'oserions pas ranger, faute de preuves suffisantes, dans les lésions syphilitiques.

CH. GELMA. — Contribution à l'étude de la pseudo-tumeur blanche syphilitique (synovite syphilitique chronique). (25 juillet 1891.)

Un moment presque abandonnée grâce aux objections de Panas, Lancereaux, Méricamp, Desfontaines, la doctrine de la pseudo-tumeur blanche syphilitique, esquissée d'abord par Richet en 1855, a reconquis ces dernières années beaucoup de terrain, principalement à l'étranger. Schuler admet : 1° une arthrite aiguë séreuse correspondant à notre rhumatisme syphilitique; 2° une arthrite à type ordinairement subaigu survenant à une période généralement reculée de la syphilis secondaire et caractérisée par un épanchement plus ou moins abondant, un épaississement de la synoviale, l'apparition de villosités sur la séreuse, des craquements, des points douloureux fixes; 3° une arthrite gommeuse; les gommes se déposent dans le voisinage de l'articulation ou bien dans ses parties constituantes; 4° une arthropathie osseuse dans laquelle l'arthrite arrive secondairement aux lésions de l'épiphyse. En Russie, Kitaewsky et Monastirsky soutiennent que la synoviale peut être atteinte primitivement. A l'appui de cette thèse, M. Gelma n'apporte aucun fait nouveau, se borne à résumer ce qui a été déjà écrit sur ce sujet et en guise d'observations donne des fragments de cliniques de M. le professeur Lannelongue dans lesquelles l'éminent chirurgien de l'hôpital Trousseau étudie les lésions articulaires et osseuses que l'on rencontre chez les hérédo-syphilitiques tardifs.

F. OSTWALT. — De la rétinite syphilitique et de ses rapports avec les artères rétiniennes et avec l'artérite syphilitique de l'encéphale (14 janvier 1891).

Travail très important dans ses conséquences cliniques si l'on admet

les conclusions de l'auteur ; il ne s'agirait de rien moins en effet que de pouvoir diagnostiquer une artérite cérébrale syphilitique en voie d'évolution, à la période prémonitoire même, par l'examen du fond de l'œil. Dès le début de la syphilis, suivant M. Ostwalt il peut se produire, peu de mois à un an après l'infection, une rétinite centrale avec ou sans iritis simultanée. Cette rétinite est caractérisée par de petits foyers d'un gris blanchâtre, en forme de grappes, et qui siègent de préférence à côté des petites branches terminales des artères. En même temps on peut apercevoir tout à fait dans la périphérie, attachées également de préférence aux branches terminales des artères, de semblables petites infiltrations de la rétine, les foyers sont tellement délicats et en même temps teintés si légèrement d'une couleur grisâtre qu'on ne peut les reconnaître qu'avec la plus grande attention et au moyen de l'éclairage très faible de l'image directe. Le plus souvent il existe simultanément de petits foyers choroïdiens gros à peine comme la tête d'une épingle mais qui peuvent faire défaut. Correspondant à ces lésions centrales, on trouve presque toujours un petit scotome central négatif, souvent un scotome positif. L'acuité visuelle a parfois beaucoup baissé, le plus souvent elle est peu diminuée. Un traitement mercuriel donne, dans les cas récents, des résultats parfaits.

Ces petits foyers, pour M. Ostwalt, correspondraient aux petites tumeurs gommeuses trouvées à l'examen microscopique autour des petites artères atteintes d'endartérite. Ces petits foyers, éventuellement combinés avec des opacités extrêmement fines du corps vitré et avec d'autres petits foyers choroïdiens isolés, représentent le premier degré de l'affection oculaire syphilitique, tel qu'on peut le constater quelques mois après l'infection. Peu à peu se développent aussi de semblables processus dans les branches terminales artérielles, dans les « vasa vasorum »; c'est ainsi que cela a été également constaté pour l'artérite syphilitique de l'encéphale; survient ensuite un épaississement de l'adventice, puis une prolifération de la membrane interne et l'oblitération possible de la lumière du vaisseau. Or toute cette première période de formation de l'artérite cérébrale passe inaperçue, ne se traduisant encore par aucun symptôme; quel intérêt n'y aurait-il donc pas à surprendre cette artérite en formation en l'observant là où nos moyens d'investigation peuvent la trouver, c'est-à-dire sur les vaisseaux du fond de l'œil? Rapprochant habilement des faits cliniques et des observations nécroscopiques où il y a eu en effet coïncidence de lésions rétiniennes et encéphaliques, M. Ostwalt estime que l'hypothèse qu'il émet a quelques chances d'être exacte, et il arrive aux conclusions suivantes : que tant dans la syphilis acquise que dans la syphilis héréditaire les foyers apparaissant dans les membranes internes de l'œil ont un rapport intime avec les branches terminales des artères; que les petites artères rétiniennes subissent des altérations de leurs membranes externe et interne identiques à celles des artères cérébrales et qui vont en progressant; que les altérations observées dans l'une des zones terminales des artères cérébrales, à savoir dans l'œil, sont le plus souvent les indices de l'artérite cérébrale décrite surtout par Heubner et qui ne se traduit que beaucoup plus tard par des symptômes décisifs, et souvent à un moment où le traitement reste impuissant. On devra donc prêter la plus

grande attention aux plaintes des sujets syphilitiques même les plus légères concernant l'œil : il faudra avant tout examiner très soigneusement le centre de la rétine pour la raison qu'il est le siège de prédilection de l'affection syphilitique et que les altérations les plus insignifiantes qui s'y déroulent amènent déjà des troubles subjectifs. De plus, on comprend la nécessité qu'il y a maintenant à examiner minutieusement le fond de l'œil dans tous les cas de syphilis du cerveau soit à l'ophthalmoscope pendant la vie, soit au microscope après la mort; sans doute l'on trouvera une coexistence beaucoup plus fréquente des lésions des membranes internes de l'œil et des artères cérébrales. Et dans le cas où ces relations seraient reconnues comme plus fréquentes, le diagnostic précoce desdites affections occulaires conduirait à un traitement antisyphilitique très énergique dans le but d'enrayer le développement de l'artérite cérébrale et à une époque où les vaisseaux sont capables de se laisser encore désobstruer. Ce serait là un immense service que pourrait rendre l'ophthalmologie, et l'on doit remercier M. Ostwalt d'avoir indiqué la voie. L'hypothèse est à coup sûr séduisante et parfaitement plausible : la question doit être mise à l'étude, elle en vaut la peine, et nous demandons aux ophthalmologistes et aux syphiligraphes de s'unir pour en poursuivre la solution.

H. Stef. — Mercure et grossesse (11 janvier 1891).

Dans cette thèse faite au laboratoire de chimie de la Clinique des maladies cutanées et syphilitiques de la Faculté, l'auteur a cherché à déterminer dans quelles conditions le mercure administré à la mère pendant la grossesse passe dans l'organisme fœtal (fœtus et annexes) à travers le placenta. Ce travail n'est que l'amplification de la note déjà publiée dans ce journal (année 1890, p. 972).

A. Leplat. — Contribution à l'étude des accidents de la syphilis héréditaire, syphilis dentaire (18 février 1891).

Fait sous l'inspiration de M. le Dr Magitot, ce travail a surtout pour but l'étude de l'érosion dentaire. Plusieurs formes d'érosion sont à considérer :

1° L'érosion ou échancrure en coup d'ongle ou en croissant du bord libre, c'est la dent d'Hutchinson. 2° L'érosion en rugosités ou mamelons de la surface triturante (atrophie cuspidienne de Parrot). 3° L'érosion cupuliforme constituée par de petites excavations creusées à la surface de la dent. 4° L'érosion en sillon ou atrophie sulciforme de Parrot, rainures creusées à la surface de la dent — auxquelles il faut adjoindre l'érosion en nappe, l'érosion en facettes, les sillons blancs. Pour Parrot, pour M. Fournier, les deux dentitions peuvent être altérées; elles le sont même habituellement ensemble. Pour M. Magitot, les dents de lait sont très rarement atteintes, la plupart d'entre elles ayant déjà leur évolution presque terminée au moment où le plus souvent la cause réelle d'érosion entre en jeu. L'érosion est une lésion contemporaine de l'époque de la formation de la couronne de la dent; la dent sort érodée de l'alvéole. Quelle est la cause

de ces érosions, la théorie exclusive de Parrot qui rattachait à la syphilis héréditaire toutes les érosions doit être rejetée. Pour M. Magitot, la cause la plus ordinaire des érosions est l'éclampsie infantile et certains troubles nerveux, auxquels il faut ajouter certaines maladies de l'enfance amenant des troubles de nutrition profonds et prolongés.

STŒBER. — Des accidents méningitiques de la syphilis héréditaire chez les enfants (11 mars 1891).

A propos de deux observations recueillies dans le service de M. Hutinel, observations qui sont loin d'être probantes puisque dans le premier de ces cas, outre que la syphilis n'était nullement avérée par les antécédents, le traitement antisyphilitique améliora l'enfant sans amener la guérison, et que dans le second, si la syphilis paraît prouvée, l'enfant, après une amélioration due au traitement, succomba sans que l'autopsie permît de rattacher les lésions à la tuberculose : l'auteur essaie d'établir le tableau comparatif de la méningite tuberculeuse et de la méningite syphilitique chez les enfants et il conclut que le diagnostic est le plus souvent impossible à faire. C'est à peine si l'amélioration produite dans l'état du malade par le traitement spécifique autorisera à se prononcer en faveur d'une lésion plutôt syphilitique que tuberculeuse, puisque l'on voit chez des hérédo-syphilitiques le traitement par le mercure et l'iodure avoir une action favorable sur des accidents méningitiques d'origine tuberculeuse. Aussi devra-t-on, dans quelques cas de méningites à forme irrégulière, même en l'absence de renseignements précis sur les antécédents, administrer le traitement spécifique, car la syphilis peut être la cause des symptômes observés; et s'il n'y a pas lieu de conclure trop hâtivement des résultats obtenus que l'on se trouvait en présence d'accidents syphilitiques, il n'en faut pas moins prescrire le seul traitement qui puisse offrir au malade des chances de s'améliorer et peut-être de guérir.

AUG. NICOLLE. — La nourricerie de l'hospice des Enfants-Assistés (enfants syphilitiques et suspects). (9 juillet 1891.)

C'est en 1881 que, sur la demande du professeur Parrot, fut installée la nourricerie. Jusqu'alors les nouveau-nés syphilitiques, élevés au biberon, étaient placés dans les salles de l'infirmerie commune où ils succombaient rapidement aux atteintes de l'athrepsie; un second pavillon a été construit en 1886. Chaque pavillon contient deux salles de mêmes dimensions; chacune des salles contient 8 lits pour les infirmières, et 16 berceaux pour les nourrissons, ce qui fait 2 enfants par infirmière ce nombre est insuffisant, et l'on a vu quelquefois, en 1889 et en 1890, les salles contenir 45 et même 48 enfants, encombrement qui rendait défectueuses les conditions hygiéniques de ces salles. C'est pourquoi l'administration a décidé l'établissement à Châtillon-sous-Bagneux d'un pavillon spécial pour les nouveau-nés syphilitiques, sorte d'annexe de la nourricerie. Trois catégories d'enfants sont admises à la nourricerie : les syphilitiques avérés; les sy-

philitiques probables; les suspects. Malgré le soin avec lequel les enfants sont examinés, on a toujours chaque année quelques contagions de nourrices à déplorer, la syphilis n'éclatant parfois que tardivement chez des enfants sains en apparence, et qu'on n'a pas cru devoir garder à la nourricerie.

Ne confier aux nourrices, comme on l'a demandé, que des nourrissons déjà âgés de 3 mois serait augmenter d'une façon considérable la mortalité infantile; sous prétexte de diminuer les chances de contagion, elle vouerait à la mort des centaines d'enfants. L'auteur décrit en détail la façon dont est fait l'allaitement : l'allaitement par la chèvre, l'allaitement par l'ânesse soit au pis directement, soit par la cuiller, le biberon ou le verre; et, enfin par le lait stérilisé. Les résultats obtenus à la nourricerie par ce dernier mode d'allaitement sont peu encourageants. L'allaitement par la nourrice syphilitique est certainement le meilleur; mais il n'est pas toujours facile à réaliser. Du 24 juin 1881 au 1er janvier 1891, la nourricerie a reçu 1 830 enfants. Parmi ces enfants, 1 206 ont succombé et 624 seulement sont sortis; soit une mortalité moyenne de 66 p. 100. Ce chiffre est encore au-dessous de la vérité, car il ne tient pas compte des enfants morts peu de temps après être sortis de la nourricerie, soit pour aller à la campagne, soit envoyés dans les services de médecine, atteints d'une maladie intercurrente, et la mortalité moyenne d'après les renseignements recueillis sur ce qui s'est passé pendant ces dernières années serait au moins de 75 p. 100.

Dans cette effrayante mortalité, il faut faire la part de l'encombrement, et c'est pour y remédier qu'a été décidée la création de l'asile de Châtillon-sous-Bagneux; les enfants y seront gardés jusqu'à ce que l'on soit rassuré sur leur compte, auquel cas on les enverra à la campagne, ou jusqu'à ce que les signes de la syphilis aient apparu, et alors on les ramènera à la nourricerie pour y être traités. — La construction de la maison de Châtillon n'est plus qu'une question de mois, puisqu'elle vient d'être approuvée par décision supérieure.

Fort bien faite, élégamment écrite, ce qui devient rare, la thèse de M. Nicolle restera comme un document important à consulter pour quiconque voudra faire l'histoire de la syphilis infantile à Paris.

Henri Feulard.

REVUE DES PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Lèpre. — *Journal of the Leprosy. Investigation Committee*, n° 3, juillet 1891.

Le troisième numéro du journal fondé en Angleterre pour être l'organe du comité d'enquête de la lèpre contient plusieurs documents de la plus haute importance. On y trouve d'abord des lettres émanant de membres de la grande commission d'enquête qui fonctionne en ce moment dans l'Hindoustan, puis une lettre du Dr Hansen et des articles de G.-N. Münch sur la lèpre dans le sud de la Russie, d'Alfred Billiotti sur la lèpre dans l'île de Crète, de Simons et de Dixon sur la lèpre au Cap de Bonne-Espérance, de J. Keene sur la lèpre à Madère, de J.-C. Taché sur la lèpre au Nouveau-Brunswick.

Dans sa lettre, le Dr Hansen déclare qu'à ses yeux la théorie de la transmission de la lèpre par l'intermédiaire du poisson ne peut se soutenir. Personne n'a encore réussi à cultiver le bacille lépreux. Kanthack et Barclay ont fait tout récemment connaître des tentatives heureuses de culture de ce bacille, mais Fränkel et Baumgarten auxquels ils ont communiqué le résultat de leurs expériences leur ont démontré qu'ils s'étaient trompés (*British med. Journal*, 29 août 1891, p. 476). Hansen croit que le Dr Bordoni-Uffreduzzi a dû, lui aussi, cultiver un autre bacille que celui de la lèpre, probablement celui de la tuberculose. A ce propos, il fait remarquer qu'autrefois les lépreux des léproseries de Norvège étaient souvent atteints de tuberculose. A l'heure actuelle cette complication est des plus rares : on ne voit plus la tuberculose dans les léproseries que lorsque le lépreux est déjà tuberculeux quand il y entre. Il n'y a pas d'ailleurs, d'après lui, à établir la moindre corrélation entre la lèpre et la tuberculose.

Le Dr Münch fait connaître la distribution géographique de la lèpre en Russie : cette maladie n'existe que vers les frontières, elle ne s'observe pas au centre de l'empire. On la trouve dans les provinces baltiques, la Finlande, les gouvernements de Saint-Pétersbourg et de Pskof; au sud elle existe dans les gouvernements de Kherson et de Tauride, et surtout dans ceux des Cosaques du Don, dans les districts de Kouban, de Tersk, de Stavropol, dans le gouvernement d'Astrakhan et dans le district des Cosaques de l'Oural. En Asie, on la trouve dans la Sibérie Orientale (surtout en Kamchatka) et dans le Turkestan. L'auteur ne croit pas possible de donner à l'heure actuelle une statistique quelque peu précise de la lèpre en Russie. Il a spécialement étudié à cet égard les provinces du

sud de l'empire et il n'a pu arriver qu'à des résultats fort approximatifs.

Dans le gouvernement d'Astrakhan, il a relevé une centaine de lépreux; la moitié d'entre eux vivent sur la rive gauche du Volga, les autres dans la ville même d'Astrakhan et près du delta du fleuve. Dans le district de Tersk, il a examiné vingt-sept lépreux; il estime à plus d'une centaine ceux du district de Kouban : il en a examiné cinquante-quatre cas depuis Novo-Tcher-Kask jusqu'à l'embouchure du Don dans le territoire des Cosaques du Don. En Crimée, il n'en a vu que deux cas chez des Tartares, mais on lui a dit qu'il y en avait d'autres vers le rivage occidental de la mer d'Azov. Dans le gouvernement de Kherson il en a étudié onze cas, et dans le Turkestan quatre-vingt-seize cas : dans cette dernière contrée, la lèpre est fréquente et fort irrégulièrement distribuée : dans quelques villages on trouve une proportion de 1 lépreux pour 100, dans d'autres situés tout à côté 1 pour 1 000 seulement.

L'auteur fait ensuite l'historique de la lèpre au sud de la Russie. Il croit que la lèpre y a pénétré par la Crimée, qui a été colonisée par les Vénitiens au XIII[e] siècle; or à cette époque la lèpre était fréquente en Italie. Il expose en quelques mots ses idées sur la symptomatologie de cette affection, puis il aborde la question de l'étiologie.

Il fait remarquer qu'en Russie cette maladie s'observe à la fois sur les bords de la mer et à 4 000 pieds d'élévation sur les pentes de l'Elbrouz, à la fois chez des populations qui se nourrissent de poisson et chez d'autres qui n'en mangent jamais. Il est donc impossible de faire jouer dans son étiologie un rôle quelconque soit au séjour au bord de la mer, soit à certaines alimentations. Après une soigneuse discussion des faits qu'il a observés, il croit pouvoir conclure qu'il ne faut pas non plus en chercher la cause dans l'hérédité.

Pour lui la lèpre est contagieuse, et il s'appuie pour le démontrer sur les divers arguments déjà connus, en particulier sur les effets de l'isolement; puis il réfute les arguments des anticontagionnistes; mais nous ne pouvons le suivre dans une argumentation aussi étendue. Tout en étant profondément convaincu de la contagiosité de cette affection, il reconnaît qu'il lui est impossible de formuler une hypothèse satisfaisante sur les conditions dans lesquelles elle se transmet de l'homme malade à l'homme sain.

En sa qualité de contagionniste, il réclame des mesures d'isolement des lépreux comme étant le seul moyen d'étouffer la maladie. Il croit qu'on y arriverait en vulgarisant les mesures que prennent les Cosaques d'Astrakhan qui construisent une petite maison pour les lépreux à une certaine distance de leur village. L'auteur termine son article par d'intéressantes considérations historiques sur la *leucoderma acquisitiva* ou *vitiligo* qu'il a observée à côté de la véritable lèpre dans le Turkestan.

A. Billiotti envoie sur la lèpre de Crète quelques renseignements. On ne sait comment la lèpre a été introduite dans l'île. Bien que les lépreux soient censés habiter dans des villages spéciaux, en réalité ils ne sont nullement isolés, et la crainte de la contagion qui existait autrefois dans la population ayant beaucoup diminué, on ne prend à leur égard aucune mesure prophylactique. L'auteur estime à environ 320 le nombre des lé-

preux sur une population totale de 300 000 âmes. Dans 34 p. 100 des cas la maladie se révèle de 10 à 20 ans, dans 26 p. 100 de 20 à 30 ans, dans 23 p. 100 de 30 à 40, dans 6 1/2 p. 100 de 5 à 10 et de 40 à 50. Il est fort rare de la voir se montrer au-dessous de 5 ans ou au-dessus de 50 ans. Elle est relativement rare dans les villes, bien que les conditions sanitaires y soient déplorables; elle s'observe surtout chez les paysans dont l'hygiène laisse beaucoup à désirer à tous les points de vue, et surtout au point de vue alimentaire. La lèpre ne semble pas être contagieuse ou tout au moins elle ne l'est qu'à un très faible degré, et ce qui le prouve, c'est que des personnes non lépreuses cohabitent pendant de longues années avec des lépreux sans être contaminées, et d'autre part pour peu qu'elle fût transmissible de l'homme à l'homme, la diffusion de la maladie serait bien autrement considérable dans un pays qui méconnaît toutes les règles les plus élémentaires de l'hygiène et qui ne prend aucune mesure d'isolement contre les lépreux.

Le Dr Simons qui exerce depuis trente ans au Cap de Bonne-Espérance, est persuadé que la lèpre est contagieuse : il la voit dans son district s'étendre d'année en année : il est probable qu'il faut tenir compte à un très haut degré dans l'appréciation de sa contagiosité d'idiosyncrasies individuelles, car parfois il suffit d'un contact de peu d'importance pour qu'elle se développe, parfois au contraire les relations les plus prolongées ne réussissent pas à contaminer. L'auteur relate à cet égard des faits cliniques fort intéressant.

Le Dr Dixon, qui est le médecin de la colonie de Robben Island (Cap de Bonne-Espérance) semble au contraire convaincu de la non-contagiosité de la lèpre. Il y a environ trente ans que l'on a créé à Robben Island un établissement comprenant des forçats, des fous, des indigents atteints de maladies chroniques, et des lépreux. Ces derniers ont toujours été et sont encore en minorité : en 1890, on en comptait 112 sur une population totale de 700 personnes. C'est dans ce milieu confiné que, d'après l'auteur, la lèpre aurait dû exercer ses ravages pour peu qu'elle soit contagieuse : or il n'en a rien été. Des individus sains ont pu rester plusieurs années dans les salles des lépreux sans être contaminés. Le linge des lépreux a été jusqu'en 1884 lavé à l'eau froide par les femmes aliénées, et souvent mélangé avec le linge des aliénés : cet usage a été suivi pendant trente ans sans le moindre accident. Les vaches, les veaux et la volaille de toute sorte ont pendant fort longtemps bu de l'eau qui avait servi à laver les linges à pansement souillés par le pus des ulcérations lépreuses. Ces animaux ont servi pendant tout ce temps à l'alimentation de la colonie, et cela sans que l'on ait observé le moindre cas de transmission de la lèpre.

Le même véhicule servait jusqu'en 1889 à transporter la nourriture, la viande, les épiceries, etc., les lépreux vivants et morts : or l'auteur ajoute que les cercueils étaient faits avec tant de négligence qu'il arrivait parfois que les liquides et le pus provenant du cadavre sortaient du cercueil et souillaient les planches du chariot : sans les nettoyer, sans prendre aucune précaution pour la garantir, on y jetait ensuite la viande qui servait à l'alimentation !

La communication de M. Keene sur la lèpre à Madère n'a pas beaucoup

d'intérêt; quant au mémoire fort intéressant du Dr J.-C. TACHÉ sur la lèpre au Nouveau-Brunswick, c'est la reproduction du rapport qu'il a adressé en 1885 au gouvernement des îles Hawaï. L. B.

Lèpre. Traitement par l'élongation des nerfs. — A. MITRA. The treatment of Leprosy, as observed in Kashmir by nerve-stretching. (*The American Journal of the medical Sciences*, july 1891, p. 19.)

La lèpre est rare dans la vallée de Kashmir. Pendant un séjour de six ans dans cette contrée l'auteur n'a rencontré que quinze lépreux kashmiriens, et parmi eux il n'y avait que deux Hindous. Le recensement de la population lépreuse a été fait en 1890 : malheureusement on en a chargé des personnes incompétentes : aussi ne saurait-on regarder comme exacts les chiffres suivants : Population totale du Kashmir, 602184; nombre total des lépreux, 202, — 168 hommes, 34 femmes, — 4 Hindous, 198 Mahométans.

Les pentes des collines qui environnent la vallée de Kashmir sont habitées par une population de bergers appelée les Goojurs qui se nourrissent de froment, de maïs, de viande de buffle, rarement de poissons : la lèpre est fréquente chez eux. Ils pratiquent l'isolement des lépreux, qui refluent dès lors dans la vallée de Kashmir ou dans le Punjaub. Or comme le Punjaub est très chaud en été et que les lépreux du Punjaub trouvent que leurs éruptions s'ulcèrent fréquemment en ce pays sous l'influence de la chaleur tandis que ces ulcérations guérissent sous l'influence du climat tempéré du Kashmir, ils refluent pendant l'été dans le Kashmir, et ils y vivent de charité. C'est ainsi que, bien que le Kashmir lui-même soit comparativement peu contaminé, on y a cependant d'assez nombreuses occasions d'y traiter la lèpre.

Pendant les cinq dernières années, l'auteur a pu soigner près de cinq cents cas de cette affection. C'est en s'appuyant sur les seuls résultats de sa pratique personnelle qu'il pose les conclusions suivantes.

L'*hérédité* est un important facteur de propagation de la lèpre. Il a pu observer dans une famille trois générations de lépreux; il n'a pas vu de lèpre acquise chez les enfants. Il croit que chez les Goojurs la lèpre est bien plus souvent héréditaire qu'acquise.

Quant à la *contagion*, il n'a constaté qu'un seul cas de contagion entre époux. Après cinq ans de mariage, le mari devint lépreux; cinq autres années plus tard, la femme fut contaminée à son tour. Il a vu dans une famille une grand'mère atteinte de lèpre ulcéreuse intense avec suppurations abondantes. Ses filles et petites-filles la soignaient avec beaucoup d'affection et sans les moindres précautions : aucune n'a été contaminée. Il n'a jamais vu en dehors du cas que nous avons cité plus haut la transmission de la lèpre se faire d'un homme malade à un homme sain vivant avec le malade. On ne prend à Srinagar aucune mesure d'isolement contre les lépreux et cependant il n'y a aucune extension de cette affection dans la localité. L'auteur conclut de tout ce qu'il a vu dans l'Hindoustan que rien ne peut à l'heure actuelle justifier la théorie de la contagiosité de la lèpre par contact. Il n'est pas partisan de l'isolement des lépreux.

Quant à la théorie d'Hutchinson sur la transmission de la lèpre par les poissons que les lépreux consommeraient, l'auteur la repousse absolument, car les Goojurs ne mangent pas de poisson, tandis que les Kashmiriens, grands mangeurs de poisson, sont pour ainsi dire indemnes de lèpre. Il y a dans l'Hindoustan des castes qui ne peuvent pas manger de poisson par interdiction religieuse et qui cependant présentent des cas de lèpre.

Au point de vue du traitement, il a essayé l'arsenic, le neem (azadirachta Indica), l'huile de chaulmoogra, l'huile de gurjum : la créoline, l'huile de gurjum et l'huile de neem lui ont donné d'assez bons résultats comme pansements des ulcérations lépreuses.

Dans les variétés anesthésiques, il a pratiqué cinquante-sept fois l'élongation des nerfs. Il croit que dans les phases de début cette opération donne d'excellents résultats dans la majorité des cas. Mais ces bons effets ne durent pas. Néanmoins le malade se sent beaucoup mieux après et peut quitter l'hôpital amélioré : souvent les ulcérations guérissent avec rapidité et l'état général devient meilleur. L'auteur termine en donnant un tableau de quarante-cinq cas traités par cette méthode. Sur ces quarante-cinq cas on compte quatorze améliorations réelles, huit améliorations légères, vingt-trois résultats nuls. L. B.

Zona. — A. Bayet. Contribution à l'étude du zoster gangréneux hystérique (*Journal de Médecine de Bruxelles*, 5 mars 1891).

Chez une fille de 18 ans, hystérique, apparition sur le dos de la main droite de bulles, les unes isolées, les autres confluentes qui font place deux jours après à des ulcérations superficielles recouvertes de croûtes. L'apparition des bulles a été précédée pendant cinq heures environ de fourmillements douloureux dans le bras et l'avant-bras. Les douleurs persistent pendant la durée de l'éruption et durèrent six à sept jours. La face dorsale de la main, l'avant-bras tout entier présente de l'anesthésie tactile douloureuse, thermique; la face palmaire de la main présentait la sensibilité tactile, mais était insensible à la douleur. L'éruption avait débuté le 27 octobre. Le 8 novembre, au réveil, la malade constate la présence d'une nouvelle plaque au niveau de la partie antérieure du poignet; le 12 novembre les petites plaies étaient en voie de cicatrisation et le 27 novembre la guérison était complète.

L'auteur fait remarquer qu'un cas analogue a été relaté par Kaposi au Congrès de dermatologie de Prague en 1889 et il insiste sur les particularités qu'a présentées le fait : *récidive, bilatéralité de la première attaque*, particularités qui caractérisaient aussi le cas de Kaposi. Il attire surtout l'attention sur l'aspect gangréneux que revêtirent les petites ulcérations et sur les troubles nerveux divers (parésie des extenseurs des doigts) qui accompagnèrent l'éruption. Cette affection devrait constituer un sous-groupe du zoster. Dans la série ascendante des altérations trophiques allant de certaines formes superficielles jusqu'à la gangrène profonde de la peau, ce zoster gangréneux permettrait d'établir la transition entre les trophoneuroses bulleuses et les trophoneuroses gangréneuses; et l'on aurait ainsi, au bas de l'échelle, comme forme légère le zoster abortif, papuleux,

puis le zoster vulgaire, puis le zoster gangréneux, la gangrène spontanée de la peau et le décubitus aigu. HENRI FEULARD.

Zona. — G. PUGLIESI. Un caso di « herpes zoster » generale febbrile (*La Riforma medica*, 13 juin 1891, p. 689).

Observation d'une femme de 21 ans qui fut prise, en même temps que de phénomènes généraux et de fièvre avec élévation thermique à 38°,5, puis à 41°, d'une éruption d'herpès dont les groupes occupaient la ligne médiane du dos, l'abdomen où des deux côtés « ils dessinaient nettement le trajet de trois rameaux nerveux », le thorax où ils formaient des groupes isolés le long des espaces intercostaux, la face où ils ne revêtaient pas la disposition caractéristique du zona, enfin le côté de l'extension des membres. Il y avait quelques points douloureux au niveau des espaces intercostaux, sur l'abdomen, l'émergence du facial et le long des nerfs des membres. Guérison rapide.

Vu le peu de netteté de la distribution de l'éruption sur le trajet des nerfs, il est difficile de considérer ce fait d'herpès généralisé fébrile comme un cas de zona, à moins de cesser complètement de s'entendre sur la signification du mot zoster. GEORGES THIBIERGE.

Zona. — ADENOT. Observation de zona développé sur le trajet du nerf radial pendant une rougeole (zona rubéolique) (*Revue de Médecine*, juillet 1891, p. 612).

Une jeune fille de 22 ans est prise, dans le courant d'une rougeole arrivée au moment de la disparition de l'éruption, d'une douleur dans le bras droit, puis de douleurs très intenses dans la partie supérieure du thorax à droite, avec picotements sur le côté externe de l'avant-bras et au niveau du pouce et de l'index. Au bout de quelques jours apparaissent des groupes de vésico-pustules sur le pouce et la deuxième articulation métacarpo-phalangienne.

L'auteur fait de cette éruption un cas de zona secondaire à la rougeole, et le sépare absolument de la fièvre zoster vraie, non récidivante. Il la compare aux paralysies rubéoliques qui, comme la névrite dans ce cas, surviennent après la cessation des phénomènes aigus de la rougeole. Il faut remarquer d'ailleurs que les douleurs ont une distribution plus étendue que dans les faits classiques de zona, et que l'éruption cutanée par contre a été, en même temps que tardive, très peu étendue et exclusivement limitée aux parties périphériques du territoire du nerf radial : il y a eu névrite avec herpès, tandis que, dans les cas ordinaires, le zona est cliniquement un herpès avec névrite ou névralgie.

GEORGES THIBIERGE.

THÉRAPEUTIQUE

Antimoine. — Allan Jamieson. On the value of antimony in various inflammatory affections of the skin (*The Brit. Journ. of Derm.*, sept. 1891, p. 272).

Le Dr Jamieson a obtenu de bons effets de l'antimoine dans cinq cas d'éruption cutanée. La première observation porte sur un cas de dermatite exfoliatrice généralisée secondaire à un psoriasis irrité par l'emploi de l'acide chrysophanique.

Après avoir échoué par les bains d'amidon, les lotions à l'acétate de plomb et à l'acide borique, les lotions composées de craie préparée, d'huile d'olive, d'oxyde de zinc et d'acide salicylique, M. Jamieson, d'après le conseil de M. Jon. Hutchinson, prescrivit 0,25 de tartrate d'antimoine par jour en trois fois et des onctions d'huile de baleine purifiée. Dès le cinquième jour il y eut de l'amélioration, et à la fin de la quatrième semaine, la peau avait recouvré son état normal, sauf en quelques points du cuïr chevelu.

La seconde observation est celle d'un eczéma aigu érysipélatoïde de la face, qui guérit en dix jours par l'administration de 0,25 de tartrate d'antimoine par jour en trois fois et, ajoute l'auteur, ce qui diminue la valeur de l'expérience thérapeutique, par l'application locale d'une poudre ainsi composée (acide salicylique, oléate de zinc et talc) de cataplasmes boriqués et de lotions à l'acétate de plomb et à l'acide borique.

Les trois dernières observations ont trait à un eczéma aigu, a une « dermatite bulleuse », à un lichen planus, et dans ces trois cas, la disparition des phénomènes prurigineux et inflammatoires s'est toujours produite quelques jours après l'administration de 0,20 à 0,30 de tartrate d'antimoine, associé à un traitement externe.

Tout en tenant compte de la part prise par les agents locaux, l'auteur est convaincu de l'influence curative qu'a eue l'antimoine chez ses malades. D'après lui, l'antimoine agirait en stimulant les glandes sudoripares et en améliorant la nutrition de la peau. Louis Wickham.

Aristol. Emploi dans le traitement du psoriasis. — Weissblum. Zur Aristolfrage (*Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1891, n° 1, p. 29).

Comme véhicule, l'auteur a pris l'huile d'olive, la vaseline, la lanoline et la vaseline dans la proportion de 1 à 3, l'onguent simple avec une légère addition d'huile d'olive; on y a incorporé le plus souvent 10 p. 100 d'aristol, dans quelques cas même 20 p. 100.

L'application du médicament se faisait avec une brosse, comme pour la chysarobine et l'acide pyrogallique, après un bain préalable et une fric-

tion avec le savon mou pour enlever les squames; de plus un bain chaque semaine. Dans bon nombre de cas on employait l'aristol deux fois par jour. Quelques cas ont été traités exclusivement avec ce médicament, d'autres simultanément d'un côté du corps par l'aristol, de l'autre par l'acide pyrogallique ou l'hydroxylamine. Enfin on a établi une distinction précise entre les formes à marche progressive et celles en voie de résolution : c'est là un point important pour apprécier l'action d'un médicament sur le psoriasis.

L'auteur a traité par l'aristol 23 malades atteints de psoriasis.

Huit ont été traités uniquement par l'aristol, trois formes légères et cinq graves. Dans les trois premiers cas, les efflorescences pâlirent après deux, quatre et quatorze semaines. Dans les cinq formes graves on dut terminer le traitement avec l'acide pyrogallique, l'aristol ne donnant aucun résultat.

Dans douze cas on employa simultanément l'aristol et l'acide pyrogallique, chacun sur l'un des côtés du corps. Dans ce nombre il y avait huit formes légères et quatre graves. L'action de l'acide pyrogallique a été beaucoup plus rapide que celle de l'aristol. Pour deux des formes graves, on dut encore avoir recours à l'acide pyrogallique pour le côté traité par l'aristol : les plaques soumises à ce dernier traitement n'avaient subi aucune modification après quatre semaines d'application.

Dans un cas de cette série, on a employé avec assez de succès l'aristol à la place du précipité blanc, employé d'ordinaire à la clinique contre le psoriasis du cuir chevelu et de la face.

Enfin on traita trois psoriasis (formes graves) comparativement par la pommade à l'aristol à 10 p. 100 et la pommade à l'hydroxylamine de 2 à 5 p. 100. On dut toujours cesser l'emploi de ce dernier médicament au cours de la deuxième semaine par suite de dermatite et de vives douleurs. Dans aucun de ces cas, l'aristol ne donna de résultat, malgré des cures de cinq semaines et demie, huit et onze semaines. On fut obligé d'avoir recours à l'acide pyrogallique.

Il résulte des recherches de l'auteur que l'on peut employer l'aristol dans les psoriasis de faible intensité et dans les cas où il n'y a pas urgence d'une guérison rapide; d'autre part, on peut l'utiliser pour les parties découvertes du corps : sur ces régions l'aristol combiné avec des lavages quotidiens au savon donne de bons résultats.

Dans l'eczéma séborrhéique de la face et du cuir chevelu, l'aristol a, selon Weissblum, une influence très favorable, notamment dans la période squameuse.

A. Doyon.

Arsenic. — Jon. Hutchinson. A lecture on arsenic as a drug (*The Brit. Journ. of Dermat.*, 6 juin 1891, p. 1213).

Les recherches entreprises par le Dr Jon. Hutchinson depuis un grand nombre d'années sur les effets thérapeutiques de l'arsenic l'ont conduit à des conclusions intéressantes, mais qui diffèrent complètement, pour la plupart, des idées généralement admises en France. Nous nous bornerons

à une simple analyse sans commentaires d'une conférence faite sur ce sujet par le savant dermatologiste anglais.

L'arsenic est le véritable médicament spécifique de certaines affections cutanées qui sous son influence cèdent *immédiatement* et avec la plus étonnante *certitude*. Ainsi, le pemphigus diutinus ou persistant, quelques cas exceptés, guérit avec une *rapidité* remarquable ; et règle générale, dès les premières doses d'arsenic, on ne voit plus paraître de nouvelles bulles. Il en est de même de certains cas de dermatite herpétiforme.

L'auteur en effet a pu traiter pendant six à sept ans une femme dont les fréquentes poussées éruptives étaient aussitôt arrêtées et d'une façon complète par l'emploi de l'arsenic. De même aussi pour certaines éruptions pemphigoïdes. Quant au psoriasis vulgaire, bien que l'influence de l'arsenic soit aussi précise et aussi certaine que pour le pemphigus, la guérison est loin d'être aussi rapide. Il est besoin, dans la plupart des cas, de persévérer longtemps et de donner des doses assez élevées pour obtenir la disparition du psoriasis. Encore est-on le plus souvent forcé de recourir à l'emploi des agents externes. En général, et surtout pour le psoriasis, la puissance curative de l'arsenic est en rapport direct avec le jeune âge du malade. Le lichen plan a pu, dans quelques cas, guérir par l'arsenic ; mais les chances sont très variables et même ce médicament peut parfois irriter et augmenter l'éruption. Dans l'eczéma, l'acné, le sycosis, la teigne tondante et dans d'autres affections chroniques, l'arsenic n'est pas favorable et nullement indiqué, à moins qu'on n'ait pour unique objectif de tonifier le malade.

A ce propos, l'auteur discute l'effet tonique de l'arsenic et ne l'admet que pour de très petites doses. Il remarque n'avoir jamais observé d'exemple d'idiosyncrasie, au contraire de ce qui arrive si fréquemment pour l'iodure de potassium, le mercure, l'opium, etc.

Parmi les contre-indications de l'arsenic, l'auteur signale l'âge avancé et l'état nerveux des malades. L'arsenic a en effet une action très particulière et nocive sur le système nerveux périphérique. Il rappelle avoir publié le premier, en 1864, des observations de zona apparu pendant le traitement arsenical. Depuis lors d'autres cas analogues ont été observés et tout récemment le Dr Neilsen de Copenhague a montré que le zona survient chez les malades traités par l'arsenic bien plus souvent que chez les autres. D'ailleurs la production de diverses autres variétés de névrites périphériques par l'arsenic est hors de doute.

On sait aussi que ce médicament pris à la longue détermine de l'engourdissement, des fourmillements des pieds et des mains, une décoloration et, par places, une pigmentation de la peau qui peut simuler la maladie d'Addison, enfin, un état de sécheresse particulière de la peau avec production de squames. L'auteur ouvre à ce propos une parenthèse pour montrer comment l'arsenic arrive parfois à donner naissance à des états cutanés très voisins de ceux qu'elle guérit habituellement. Ainsi voit-on apparaître dans quelques cas des épaississements de la peau avec production d'abondantes squames nacrées aux coudes et aux genoux comme dans le psoriasis. D'autre part la plante des pieds et la paume des mains, après une période d'exsudation abondante, d'irritation et de vives démangeaisons,

peuvent se couvrir d'épaisses couches de squames, de couches cornées, devenant ainsi le siège d'une véritable kératodermie. — Enfin, si l'arsenic peut produire l'herpès zoster, il arrête par contre les récidives si rebelles de certains herpès génitaux et la preuve en est que, dès la cessation du traitement, l'affection reprend son cours. LOUIS WICKHAM.

Bassorine. Nouvelle base pour pommades. — GEORGE T. ELLIOT. Bassorin paste : a new base for dermatological preparations (*Journal of cut. and genit.-urin. diseases*, 1891, vol. IX, p. 49).

La composition exacte de cette nouvelle préparation n'a pas encore été indiquée : elle le sera prochainement et nous la ferons connaître. La plus importante des parties constituantes est la *bassorine*, mucilage végétal retiré de la gomme Bassora et d'autres espèces de gommes. Elle est inodore, incolore et sans saveur ; insoluble dans l'eau froide, elle se prend en une masse visqueuse dans l'eau chaude. Chauffée avec des solutions aqueuses d'alcalis, elle est convertie en une gomme soluble dans l'eau ; traitée par l'acide sulfurique, elle se convertit en un suc non fermentescible. C'est cette substance, la *bassorine*, qui, mélangée en certaines proportions à l'eau, à la glycérine et à la dextrine, compose la pâte dont il s'agit ici. Cette pâte a l'aspect d'une gelée fauve assez semblable à la vaseline. Elle est inodore, de réaction neutre et ne se décompose pas à la longue. Elle se dessèche à l'air et doit être conservée dans des vases bien clos. Mais après dessiccation, l'incorporation d'un peu d'eau lui rend toutes ses propriétés. Elle ne salit point les draps, les linges, et l'on en débarrasse aisément la peau.

Toutes les substances médicamenteuses solides peuvent lui être incorporées; les substances grasses peuvent l'être aussi, mais en faible proportion, faute de quoi la pâte perdrait sa propriété de sécher et d'adhérer à la peau. Les substances fluides et les solutions alcooliques sont à rejeter, les unes la rendent trop liquide, les autres cassante et dure. Mais l'oxyde de zinc, le carbonate de magnésie, la chrysarobine, l'acide salicylique, le salicylate de soude, l'iodoforme, la résorcine, l'acide borique, le borax, le soufre, etc., etc., s'allient très bien à elle aux doses de leur emploi.

Elle sert aussi d'excipient pour les goudrons, et les substances analogues, mais leur nature grasse empêche de dépasser certaines limites, par exemple 15 p. 100 pour la poix liquide, l'ichthyol, etc. Il est bon alors d'ajouter à la base 10 p. 100 ou plus d'oxyde de zinc ou d'une poudre inerte quelconque, craie, etc.

Elliot pense que les pâtes médicamenteuses à la bassorine ont des effets plus favorables que les autres préparations de ce genre, et que leur emploi *larga manu* est plus facile, la bassorine n'étant nullement irritante, comme le sont les collodions et les traumaticines.

L'emploi est des plus simples : on étend la pâte à la surface des téguments avec le doigt ou une brosse modérément ferme. On peut en mettre *ab libitum*, mais il n'y a pas avantage à obtenir des revêtements trop épais. Après quelques minutes d'exposition à l'air, la couche est suffisamment

sèche et forme un enduit très adhérent, qui peut rester en place sans s'écailler, pendant plusieurs jours. Toutefois, quand il y a de l'exsudation et du suintement, l'enduit doit être appliqué fraîchement toutes les douze heures, ou même toutes les trois ou quatre heures. En certains points (région inguinale, pli interfessier, etc.), il est bon de séparer les parties recouvertes de pâte par une mince couche de coton hydrophile.

L'utilité de la pâte bassorine est limitée seulement par le degré d'exsudation cutanée. Si elle est considérable, l'enduit se ramollirait et son emploi devient impossible. Si elle est légère, l'addition de substances hygroscopiques, telles que le carbonate de magnésie, l'amidon à raison de 10 à 15 p. 100, suffit à lever la difficulté. La pâte est également applicable dans les cas d'éruptions vésiculo-pustuleuses, si les lésions sont encore intactes ou à peu près.

Mais c'est dans les affections inflammatoires sèches et squameuses que la pâte bassorine trouve son application la plus favorable : Elliot l'a employée déjà avec grand succès dans de nombreux cas d'eczéma, d'acné, de psoriasis et de syphilis. Il la considère dans ces cas comme très supérieure aux collodions, aux traumaticines et aux préparations à base de gélatine.

L. Jacquet.

Dermatol. — Heinz et Liebrecht. Dermatol, Ersatz für Iodoform (*Berlin. klin. Wochenschrift*, 1891, n° 24, p. 584).

Le dermatol est un gallate basique de bismuth. Il se présente sous la forme d'une poudre jaune safran, excessivement fine, non hygroscopique, ne s'altérant ni à l'air ni à la lumière. Il a, d'après son aspect, la plus grande ressemblance avec l'iodoforme, mais il a sur lui l'avantage d'être sans odeur. Il agit comme antiseptique sec énergique. Le dermatol est insoluble dans les liquides ordinaires; ses propriétés antibactériennes ne peuvent s'exercer que par contact direct; par exemple, par son mélange intime avec le terrain nutritif; c'est en le modifiant qu'il arrête le développement des bactéries. Cette propriété siccative, qui est en réalité une action astringente, exerce une influence très favorable sur la guérison des plaies et des ulcères. Le dermatol n'a aucune action irritante; il n'est nullement toxique, en raison de son insolubilité et de sa stabilité extraordinaire, comparée à celle d'autres sels de bismuth. Le nouveau médicament est un succédané de l'iodoforme, et, selon Heinz, son cercle d'action serait encore plus étendu.

Jusqu'à présent il n'a été étudié que dans la pratique chirurgicale, gynécologique et dermatologique. C'est avant tout un remède très précieux pour le pansement des plaies ; il n'a pas une action irritante comme beaucoup d'antiseptiques, il atténue plutôt les phénomènes inflammatoires, diminue considérablement la sécrétion des plaies, favorise la formation des bourgeons charnus et par suite active notablement le processus de guérison. Grâce à ses propriétés, principalement astringentes, il est surtout efficace dans les brûlures, les eczémas humides, les ulcérations, etc.

A. Doyon.

Icthyol. Vernis à l'icthyol. — UNNA. Uber Ichthyolfirnisse (*Monatsheeft f. prakt. Dermatologie*, 1891, tome XII, n° 2, p. 49).

Jusqu'à ce jour nous ne possédions pas de vernis à l'ichthyol d'une application facile et solubles dans l'eau. Et cependant, selon Unna, ces vernis paraissaient, plus que toutes les autres préparations, répondre à de nombreuses indications.

Après des recherches multipliées, il s'est arrêté à la formule suivante :

Ichthyol.	40 parties.
Amidon.	40 —
Solution d'albumine.	environ 1 à 1 1/2.
Eau.	100 (env. 20 parties).

On commence par humecter l'amidon avec de l'eau, puis on triture l'ichthyol avec ces substances et enfin on ajoute la solution d'albumine.

A côté de ce siccatif très concentré on ne peut en préparer un plus faible pour certaines lésions (rosacée, ulérytèhme centrifuge), parce que dans les autres concentrations les propriétés complémentaires de l'amidon et de l'albumine disparaissent. Il n'y a pas lieu toutefois de regretter dans la pratique des vernis faibles, car, par l'application et la dessiccation d'une très petite quantité de vernis sur la peau et en essuyant immédiatement après, on peut obtenir une couche sèche de vernis aussi fine qu'on le veut.

Outre ce vernis, Unna en fait préparer un autre pour la petite chirurgie, vernis d'ichthyol et d'acide phénique également soluble dans l'eau.

Ce dernier vernis ne renferme pas d'albumine. En voici la formule :

Ichthyol.	25 parties.
Acide phénique.	2,5 —
Amidon.	50 —
Eau	22,5 —

L'ichthyol et l'acide phénique sont dissous à chaud dans l'eau. L'acide phénique ne se précipite pas par le refrodissement, bien que sa solubilité dans l'eau distillée ne soit que de 6 à 7 p. 100 (ici 10 p. 100). A cette solution on incorpore peu à peu partie égale d'amidon.

Le vernis d'ichthyol soluble dans l'eau réunit tous les avantages des autres préparations d'ichthyol pour le traitement des affections circonscrites de la peau, sans en avoir les inconvénients. Il est beaucoup plus riche en ichthyol et par suite plus actif que la gélatine à l'ichthyolate de zinc, se dessèche aussi rapidement (environ deux minutes) sans se dissoudre — comme la gélatine — par la transpiration.

Le vernis à l'ichthyol est tout particulièrement indiqué pour le traitement de l'acné chez les personnes dont la peau est facilement irritable et qui supportent mal les pommades d'ichthyol, dans tous les cas de rosacée séborrhéique, puis dans la rosacée simple voisine de l'engelure. Un grand avantage pour ces affections qui ne se traitent que la nuit, c'est que d'une part le vernis d'ichthyol est sec au bout de deux minutes et ne tache pas le linge, que d'autre part il se dissout immédiatement dans l'eau de la toi-

lette. Mais son action est surtout avantageuse dans le traitement de l'ulérythème centrifuge.

Ce vernis donne aussi de très bons résultats dans l'eczéma séborrhéique, notamment dans les eczémas séborrhéiques intenses, surtout ceux du cuir chevelu chez les enfants. Il en est de même de l'érysipèle de la face où le vernis d'ichthyol est d'un emploi plus commode que le collodion d'ichthyol.

Le vernis d'ichthyol en tant que vernis réducteur peut en outre servir de véhicule pour tous les autres médicaments de réduction dans le traitement des affections circonscrites de la peau. On peut par exemple prescrire la chrysarobine (2 à 5 p. 100) sous forme d'un vernis d'ichthyol; avec l'addition de ce remède, comme aussi du pyrogallol, de la résorcine, du soufre, il est facile de traiter toutes les formes parasitaires d'eczéma, le psoriasis, etc., quand les lésions sont circonscrites. Toutefois pour satisfaire aux conditions de consistance du vernis d'ichthyol, il faut ajouter à chaque quantité d'un nouveau médicament un poids à peu près égal d'eau ou d'huile, pour lui conserver le caractère d'un vernis épais. L'huile de lin doit être préférée en ce qu'elle a également une action réductrice et qu'elle se dessèche rapidement. A. DOYON.

Liniments médicamenteux. — J. PICK. Ueber die Anwendung eintrocknender Linimente (Linimenta exsiccantia) bei der Behandlung von Hautkrankheiten. (Tirage à part du *Prager med. Wochenschrift*, 1891, n° 21).

On sait que c'est au professeur Pick que l'on doit l'emploi de la gélatine médicamenteuse dans le traitement des maladies de la peau, mais son usage est limité à des cas déterminés.

D'autre part, cette médication présente certains inconvénients : chaque fois qu'on veut appliquer la gélatine médicamenteuse, il faut auparavant la faire chauffer; en raison de sa rapide dessiccation et de sa viscosité, on ne peut pas l'étendre d'une manière suffisante sur la peau, de telle sorte que les médicaments qui lui sont incorporés ne se trouvent pas en contact assez intime avec le tissu malade.

Après de nombreux essais, l'auteur a trouvé dans la *bassorine* une substance qui répond tout à fait aux indications à remplir. Cette espèce de gomme est, contrairement à la gomme arabique, presque insoluble dans l'eau, mais forme avec elle une masse sirupeuse qu'il est très facile d'étendre et qui se dessèche en une pellicule très mince et délicate.

On peut obtenir à froid ou à chaud la préparation convenable que Pick désigne sous le nom de « liniment siccatif » avec les proportions suivantes :

Gomme adragante.	5	parties.
Glycérine	2	—
Eau distillée.	100	—

On peut préparer ce liniment à froid en ajoutant peu à peu le liquide avec la gomme finement pulvérisée en triturant lentement dans un mortier ou bien en opérant à chaud, ce qui est préférable, parce qu'on a alors une préparation tout à fait aseptique qui est stable, sans addition d'antiseptique et qui répond à toutes les indications.

On peut employer comme la gélatine ce liniment ainsi préparé dans tous les cas où il s'agit d'un remède occlusif et protecteur. Il faut l'étendre, comme tous les liniments ou pommades, en couches minces, on l'enlève ensuite complètement par un simple lavage. La première sensation que les malades éprouvent est une sensation agréable de fraîcheur, principalement sur la peau congestionnée, mais surtout sur la peau enflammée. Les couches de liniment forment un enduit protecteur, très fin, uni, qui ne modifie en rien la couleur de la peau. Si la proportion de glycérine et de gomme est exacte le liminent ne provoque sur le tégument externe sain aucune sensation ultérieure, sur le tégument enflammé une sensation de tension, non douloureuse et qui détermine consécutivement une action favorable. Il ne salit ni le linge ni les vêtements et n'exige pas d'autre pansement.

On peut incorporer à ce liniment d'autres médicaments, les uns solubles et les autres non. Pour les substances du premier groupe, il suffit pour la préparation d'ajouter l'eau nécessaire, elles sont aussi dans le liniment en solution complète.

Mais pour les substances insolubles dans l'eau, elles sont à l'état de division extrême et uniforme. Les matières huileuses de ces groupes ne changent rien à la consistance du liniment simple et à ses autres qualités, elles empêchent la dessiccation seulement à des doses très élevées comme Pick l'a expérimenté avec les préparations de goudron, d'huile de hêtre, d'huile de cade, d'ichthyol, le styrax, le baume du Pérou, etc., à la dose de 5 à 10 pour 100. D'autres substances insolubles dans l'eau telles que la chrysarobine, l'oxyde de zinc, le précipité blanc, rouge, jaune, l'iodoforme, l'iodol, l'acide salicylique, etc., donnent au liniment, suivant la proportion, la consistance de pâte sans altérer ses autres propriétés, elles augmentent bien plutôt ses qualités siccatives, comme par exemple le liniment à l'oxyde de zinc.

Le professeur Pick appelle ensuite l'attention sur les points suivants : les liniments composés se conservent longtemps sans s'altérer; il en est de même des préparations mercurielles citées ci-dessus, si on les conserve dans des vases foncés et fermés; en second lieu, la plupart des substances à action locale énergique ne provoquent pas de phénomènes généraux ou n'en déterminent que de légers.

C'est là un fait qu'il a observé souvent avec les liniments de goudron l'action locale énergique à la dose de 10 p. 100 était analogue à celle de préparations ordinaires de goudron et, bien qu'appliqués sur toute la surface du corps, ils n'occasionnaient que des phénomènes d'intoxication très faibles ou nuls. Il a obtenu les mêmes résultats avec les liniments de créoline, d'acide salicylique, de naphtol. On pourra donc traiter sans aucun inconvénient avec un liniment de goudron à 5 ou 10 p. 100 un psoriasis ou un eczéma généralisé, ce qui ne saurait avoir lieu sans danger d'intoxication avec du goudron pur ou même avec des solutions alcooliques et éthérées de ce même médicament.

A. Doyon.

Chancre simple. Traitement. — ARNOZAN et VIGNERON. Du traitement de la chancrelle et du bubon chancrelleux par les applications locales d'eau chaude (*Journal de médecine de Bordeaux*, 26 juillet 1891, t. XX, p. 577, et 2 août 1891, t. XXI, p. 1).

MM. Arnozan et Vigneron ont repris l'étude du traitement du chancre simple par la chaleur; mais, au lieu d'employer les bains généraux ou les demi-bains chauds à 40° comme l'avait fait M. Aubert, méthode qui n'est pas sans inconvénients et qui détermine artificiellement un accès de fièvre, ils ont pratiqué simplement le chauffage local de la région occupée par le chancre : dans ce but, ils ont prescrit des bains locaux de la verge avec une solution phéniquée à 1 p. 1000 maintenue pendant une demi-heure à la température de 40°; pour les bubons incisés ou ponctionnés, ils ont pratiqué au moyen d'une forte seringue à hydrocèle des injections avec la même eau phéniquée à 40° ou à 41°; ce traitement est généralement bien supporté. Les auteurs l'ont appliqué chez vingt malades; mais, pour des raisons diverses, il n'a été fait avec régularité chez 9 d'entre eux et de ces observations ils tirent des conclusions favorables à la méthode. Le traitement agit surtout utilement dans les premiers jours où il est mis en usage; il modifie rapidement l'aspect du chancre ou de la cavité ganglionnaire et donne à ces lésions les caractères d'une ulcération simple ou d'une adénite simplement inflammatoire. Son action sur les phases ultimes de la réparation est peut-être moins favorable et semble déterminer dans les tissus qui ont été soumis à son influence un peu d'induration qui peut faire croire à tort à l'existence d'un chancre mixte. Il paraît susceptible d'enrayer le phagédénisme. G. THIBIERGE.

Prophylaxie des maladies vénériennes. — C. CALVO. Preocupaciones acerca de las enfermedades venereas (*Revista de Dermatologia*, etc. Madrid, 1891, p. 200).

Dans ce travail, qui rappelle un peu les « Lettres à Émile » de Langlebert, l'auteur examine les connaissances que tout le monde doit avoir sur les maladies vénériennes. Il passe en revue la blennorrhagie, la chancrelle, le bubon, la syphilis et donne, pour chacune de ces affections, des conseils qui profiteront à plus d'un. Ce n'est pas, toutefois, que les aperçus scientifiques fassent défaut, ainsi qu'on va le voir. En parlant de la blennorrhagie, l'auteur se demande si elle est toujours la conséquence d'un coït impur. Il pense que plusieurs autres causes (injections irritantes, usage exagéré de la sonde, contact leucorrhéique, sang menstruel, abus de coït) peuvent déterminer une blennorrhagie. Il rappelle à cet égard que tandis que les uns voient dans la blennorrhagie une affection toujours la même, d'autres admettent une blennorrhagie spécifique et une inflammation dite uréthrite. Peut-on les différencier à l'aide de la chimie, de la clinique, du microscope? L'auteur ne le pense pas et il admet, en conséquence, que la blennorrhagie est une maladie univoque qui peut être le fait d'un coït impur et aussi d'autres conditions. Il se demande ensuite si la blennor-

rhagie chronique est contagieuse. La véritable blennorrhagie chronique, dit-il, la goutte militaire, l'est en effet, mais il ne faut pas confondre cet état avec cette exsudation, muqueuse en excès, qui est caractérisée par un liquide clair comme du blanc d'œuf : la goutte militaire consiste dans l'apparition périodique d'une gouttelette de pus jaunâtre sur l'orifice du canal. La goutte militaire est non seulement capable de déterminer, chez une femme, une blennorrhagie aiguë, mais encore elle peut se réveiller à la suite d'excès divers. Il faut savoir cela, puisque certains croient que la blennorrhagie chronique n'est pas contagieuse par elle-même et qu'elle ne l'est que lorsqu'elle subit une recrudescence.

A propos du chancre simple, l'auteur montre les dangers d'un traitement inopportun : le chancre peut devenir phagédénique. Si parfois, dit-il, on ignore la cause de cette complication, on peut, dans d'autres cas, incriminer un traitement extravagant. L'auteur met en garde contre le charlatanisme, qui a tout intérêt à traiter comme un chancre syphilitique cet accident nullement spécifique. En ce qui concerne le bubon, pourquoi, dans certains cas, le voit-on apparaître, tandis qu'il manque dans d'autres? On l'ignore, mais l'usage de médicaments qui s'opposent à l'issue facile du pus, comme aussi le manque de soins, de propreté, sont des causes qui favorisent cette complication. PAUL RAYMOND.

NOUVELLES

IIe Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie de 1892.

La session de ce congrès aura lieu, à Vienne, du 5 au 10 septembre 1892. — Le président du comité d'organisation est le professeur KAPOSI; le secrétaire-général, le Dr G. RIEHL. Nous donnerons prochainement des détails sur l'organisation du Congrès.

Société de dermatologie et de syphiligraphie de Moscou.

La première séance de cette Société a eu lieu à Moscou, à l'hôpital du Miasnitzkaja en octobre dernier.

Le bureau de la nouvelle Société est ainsi composé : *Président :* le professeur A.-J. Pospelow; *vice-présidents :* professeur Mañsurow et J.-J. Ssiñitzin; *secrétaire :* Dr N.-P Jiweisky; *vice-secrétaire :* N.-W. Iweritinow; *trésorier :* Dr A.-F. Etiñow; *bibliothécaire :* N.-S. Spéransky.

Comme les Sociétés analogues, cette nouvelle Société a pour but l'étude en commun et la discussion des questions intéressant la dermatologie et la vénéréologie : elle se propose surtout de propager, en les popularisant, des idées saines sur la syphilis et les maladies vénériennes, d'étudier les modes d'infection de la syphilis et la prophylaxie de cette maladie. Cette Société, après accord avec la municipalité, tiendra ses séances à l'hôpital de la Miasnitzkaja. H. F.

Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Typ. Chamerot et Renouard, 19, rue des Saints-Pères. — 28121.

TRAVAUX ORIGINAUX

RECHERCHES SUR L'HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE DE LA PELADE

Par le Dr **Sébastien Giovannini,**

Professeur de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à la Faculté de médecine de Turin.

(*Avec 3 planches en couleur*)

Mes études sur les altérations histologiques de la peau atteinte de pelade ont été commencées dès l'année 1887, et, comme on le verra plus loin, quelques-uns des résultats obtenus furent l'objet, cette même année et l'année suivante, de publications préliminaires; toutefois, ce n'est que maintenant seulement qu'il m'est donné de pouvoir publier *in extenso* les résultats définitifs de mes recherches à ce sujet.

Ce long retard dans la publication du travail complet a été motivé principalement par deux circonstances : en premier lieu, par la nécessité où je me suis trouvé, au cours de mes recherches, d'établir un *criterium* qui me permît de reconnaître, avec quelque certitude, ce qu'il y avait de véritablement anormal dans les alopécies que je me proposais d'étudier. Je cherchai à me procurer ce *criterium* au moyen de l'étude d'alopécies produites artificiellement chez l'homme, et les résultats de cette étude ont déjà formé la matière de deux publications spéciales (1). Le second motif du retard apporté à la publication de ce travail provient de la lenteur avec laquelle j'ai pu me procurer un matériel d'observation suffisant, car ce n'est qu'à de longs intervalles que j'ai rencontré des sujets, présentant les conditions voulues pour servir d'étude, qui consentissent à se laisser enlever un fragment de la peau malade.

Le long intervalle de temps qui s'est écoulé depuis mes premières communications ayant été employé à mieux étudier la question, je puis présenter avec une plus grande certitude les résultats de mes recherches.

(1) S. Giovannini, Sur la kératinisation du poil et les altérations des follicules causées par l'épilation (*Archives de Biologie* de van Beneden, vol. X, 1890, p. 609). *Idem*, De la régénération des poils après l'épilation (*Archiv für mikroskop. Anatomie*, Bd. XXVI, s. 528). Voir l'analyse de ces travaux page 967.

I. — HISTORIQUE

Il a déjà été publié un bon nombre d'observations relativement aux altérations histologiques de la pelade. Comme je dois en faire mention ici, j'exposerai d'abord celles qui se rapportent aux poils détachés, et ensuite celles qui se rapportent à la peau.

1° *Observations faites sur les poils détachés.*

Les premières données sur les altérations les plus saillantes des poils détachés des plaques peladiques remontent à une époque déjà éloignée.

Dès 1857, Spiess (1) avait remarqué que les poils peladiques étaient atrophiés, que leur racine se montrait amincie et renflée sur divers points, et qu'ils laissaient reconnaître, en outre, une quantité anormale d'air à leur intérieur.

En 1858, Baerensprung (2) observa que ces poils étaient secs, privés de leur poli et qu'ils cassaient facilement; que, çà et là, ils présentaient des renflements, se fendillaient, se brisaient, offrant un aspect pénicillé au niveau de la cassure; que la tige du poil, à sa partie inférieure, était moins colorée qu'à sa partie supérieure; que la racine était si petite qu'elle formait à peine un léger renflement.

Les auteurs qui s'occupèrent ensuite de ces recherches ne firent guère que confirmer les résultats obtenus par ces premiers observateurs, en y ajoutant seulement des particularités d'une importance tout à fait secondaire. Quelques-uns d'entre eux, cependant, comme Geigel (3), Kaposi (4), Bœk (5), Scherenberg (6) ne trouvèrent nullement que les poils peladiques fussent secs, privés de leur poli et fragiles.

Relativement à la moelle du poil, Michelson (7) affirme qu'il est rare de l'observer, et Schultze (8) ajoute que, quand elle existe, elle

(1) Spiess, *De alopeciæ singulari forma.* Dissertatio inauguralis. Francofortí ad Mœnum, 1857.

(2) Baerensprung, Ueber Area Celsi, etc. (*Annalen des Charité-Krankenhauses zu Berlin,* VIII Jahrgang, Heft 3, 1858, s. 59).

(3) Geigel, Ueber Area Celsi (*Würzburger mediz. Zeitschrift,* 1860, s. 259).

(4) Kaposi, *Trattato delle malattie della pelle dell' Hebra.* Traduct. de A. Suttina. Milan, vol. II, p. 181.

(5) Bœk, *Ueber die Area Celsi.* Inaugural-Dissertation. Greifswald, 1867. — *Virchow's Archiv,* Bd. XXXXIII, s. 336.

(6) Scherenberg, Beobachtungen über Area Celsi (*Virchow's Archiv,* Bd. XLVI. s. 493).

(7) Michelson, *Dell' erpete tonsurante e dell' Area Celsi.* Trad. de L. Göth. Naples, 1880, p. 24.

(8) Schultze, Die Theorien über die Area Celsi (*Virchow's Archiv,* Bd. LXXX 1880, s. 208).

a un aspect fragmenté. Mibelli (1), au contraire, dans des poils d'une grosseur supérieure à la normale, trouva « une énorme dilatation de la cavité médullaire ».

Quelques-unes des observations faites sur les poils détachés regardent aussi leur structure intime. A ce sujet, Rindfleisch (2) écrit qu'il a observé, dans la racine du poil, une zone granuleuse de couleur foncée, formée par d'innombrables gouttelettes de graisse qui s'y sont déposées.

Suivant Michelson (3), les « corpuscules mous et ronds qui occupent, d'ordinaire, la partie du poil la plus rapprochée de la papille, sont remplacés, dans quelques poils, par de rares éléments fusiformes, tandis que, dans d'autres, la racine même du poil et les lambeaux de gaine, qui ont été arrachés dans l'épilation, manifestent leur caractère kératinien par le manque absolu d'éléments cellulaires ». Dans les différents cas où il rencontre de la moelle dans les poils, il observe que « les cellules médullaires sont d'une grandeur et d'une disposition un peu irrégulière, facilement reconnaissables par leur contenu granuleux et obscur ».

Schultze (4) trouve, à l'intérieur du poil, les traces des cellules médullaires en forme de corps irréguliers plus ou moins grands, remplis d'amas pigmentés obscurs.

Richter (5), dans un cas de pelade étudié par lui, dit qu'il a vu, « dans la structure cellulaire du poil, des fissures et des cavités contenant des masses granuleuses grasses et de l'air ».

Behrend (6) affirme que les cellules de la racine des poils, dans la pelade, sont anormalement desséchées et ratatinées.

Les observations que j'ai mentionnées jusqu'ici, ont été faites, dans la grande majorité des cas, sur des poils entiers. Mais si cet examen permet, d'un côté, d'observer, avec une certitude assez grande, certaines altérations saillantes du poil, comme, par exemple, l'amincissement et la déformation de la racine et le fendillement de la tige, de l'autre côté il devient tout à fait insuffisant quand il s'agit de constater les altérations qui se produisent dans la structure intime du poil. C'est pourquoi les données fournies à ce sujet par ces derniers auteurs ne pouvaient être acceptées, aujourd'hui, comme sûrement démontrées.

(1) Mibelli, Di alcuni peli deformi osservati in un caso di alopecia areata della barba (*Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1890, p. 231).

(2) Rindfleisch, Area Celsi (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, Bd. I, 1869, p. 484).

(3) *L. c.*

(4) *L. c.*

(5) Richter, *Ueber Area Celsi.* Inaugural-Dissertation. Würzburg, 1884. s. 10.

(6) Behrend, Ueber Alopecia areata und über die Veränderung der Haare bei derselben (*Virchow's Archiv*, Bd. CIX, 1887, s. 493).

En résumé, les fruits que l'on a retirés de l'examen des poils détachés ont été peu nombreux. Cet examen a servi à nous faire connaître, dès les temps de Baerensprung, que, dans cette maladie, « le poil est lésé dans sa propre végétation et qu'il y a insuffisance dans la production des éléments cellulaires dont le poil est formé » (1), mais il n'a apporté aucune lumière sur le processus qui est cause de ces altérations. On ne pouvait naturellement espérer arriver à la connaissance de ce processus que par l'examen de la peau malade.

2° *Observations faites sur la peau.*

Quelques observateurs, comme Wagner (2) et Jamieson (3), qui examinèrent de la peau atteinte de pelade, prise sur le vivant, ne la trouvèrent aucunement altérée. Majocchi (4), qui fit des observations microscopiques sur de la peau prise sur le cadavre, ne fait pas mention d'altérations histologiques.

D'autres auteurs, au contraire, trouvèrent, dans la peau peladique, des altérations histologiques de diverse nature.

A l'examen de petits lambeaux de peau enlevés sur des plaques de pelade, Malassez (5) trouva que, « dans le voisinage de l'orifice du follicule pileux, la couche cornée de l'épiderme s'hypertrophiait considérablement et se continuait avec la gaine interne du follicule également très hypertrophiée »; que, de plus, dans ces parties, « un grand nombre de cellules, soit profondes de la couche cornée, soit superficielles de la couche intermédiaire, ont subi l'altération vésiculeuse ».

Sur de la peau prise d'un cadavre, Armanni (6) constata que, « dans les portions plus centrales des plaques de pelade, il existait une complète atrophie de toutes les racines des poils et des follicules pilifères »; que, à la partie inférieure de ces derniers, « la couche anhiste était notablement épaissie et formait de très nombreuses élévations papillaires s'insinuant dans la couche cellulaire de la gaine radiculaire externe » ; que les glandes sébacées montraient « un développement extraordinairement hypertrophique, par suite de la dila-

(1) *L. c.*, p. 76.

(2) Wagner, Fall von allgemeiner Alopecie des Kopfes (*Wunderlich's Archiv*, Heft 3, 1859).

(3) Jamieson, *Edimb. med. Journ.*, vol. XXIV, p. 835, n° 258, march 1879.

(4) Majocchi, Nuove Ricerche micologiche sull' Area Celsi (*Actes du Xe Congrès de l'Association médicale italienne, tenue à Modène au mois de septembre* 1882). Modène, imprimerie Vincenzi et Nepoti, 1883, p. 398. (*Bollettino della R. Accadem. medic. di Roma*, 1882, p. 260).

(5) Malassez, Note sur le champignon de la pelade (*Archiv. de physiologie norm. et patholog.*, 2° série, t. I, p. 203, 1874).

(6) Armanni, Di una speciale alterazione dei capelli (*Il Movimento medico-chirurgico*, 1878, n° 34, p. 529).

tation et de la multiplication des acini glandulaires, ainsi que de l'épaississement des cloisons fibreuses ».

Schultze (1), qui examina la peau de sa propre tête, affectée de pelade depuis peu de temps, y trouva seulement, d'anormal, « une précoce kératinisation des poils » et « des plis accentués de la gaine radiculaire interne ».

Harris (2) qui eut occasion d'examiner de la peau prise d'un cadavre et affectée de pelade depuis environ quatre années, résume comme il suit les altérations qu'il a rencontrées :

« 1° Atrophie distincte des follicules des poils et des glandes sébacées respectives.

« 2° Infiltration, dans les follicules pileux, et spécialement dans la gaine radiculaire externe, de cellules rondes de néoformation. Cette infiltration se montrait périvasculaire; dans la partie médiane du chorion on en observa des portions qui se portaient de là à la couche papillaire.

« 3° Les follicules des poils, dans les parties atteintes, sont, d'ordinaire, complètement atrophiques, leur nutrition ayant été altérée par la néoformation. Dans quelques parties, on aperçoit les restes de la papille, mais les anses capillaires sont infiltrées de cellules de néoformation. Dans d'autres parties, on voit, dans les follicules emprisonnés, une tendance à la réparation qui serait indiquée par de nombreuses excroissances. Ces excroissances se rencontrent normalement dans la mue et indiquent une tendance à la régénération du poil, mais, dans le cas décrit ici, cette tendance se montre supérieure à la normale.

4° La couche anhiste folliculaire est hypertrophique dans quelques follicules (couche musculaire fusiforme transversale de Klein).

5° Les glandes sudoripares ne sont pas altérées, bien que des portions de leurs conduits soient impliquées dans la néoformation.

Telles étaient, que je sache, les seules observations publiées sur les altérations histologiques de la peau dans la pelade, lorsque je fis ma première communication sur le même sujet. Dans cette communication (3) j'exposais les résultats de l'examen microscopique de trois fragments de peau affectée de pelade. J'annonçais l'existence d'amas de leucocytes autour des vaisseaux de la partie profonde du follicule; je faisais connaître que cette altération devait être regar-

(1) *L. c.*

(2) Duckworth and Harris, Case of Area Celsi (porrigo decalvans), in which the parts were examined after death (*Transactions of the pathological Society of London*, vol. XXXIII, 1882, p. 387).

(3) Giovannini, Alcune Ricerche intorno alle alterazioni anatomo-patologiche dell' alopecia areata e dell' alopecia sifilitica (*Actes du XIIe Congrès de l'Association médicale italienne, tenue à Pavie au mois de septembre* 1887. Pavie, imprimerie Fusi, 1889).

dée comme la cause de la chute des poils dans la pelade, et que c'était également à elle qu'il fallait attribuer le fait, que les poils qui repoussent après cette chute sont grêles et altérés. Dans une publication successive (1), après examen microscopique de six autres fragments de peau peladique, je confirmais les résultats déjà publiés, en entrant dans de plus nombreuses particularités.

Depuis ma première communication sur l'histologie pathologique de la pelade, je n'ai pas connaissance qu'il ait été publié d'autres recherches à ce sujet, à l'exception de celles de Robinson, de Balzer et de Leloir.

Robinson (2) fit l'examen microscopique de la peau de sept individus vivants atteints de pelade. D'après les résultats de ses recherches il fut amené, il est vrai, à conclure que, dans cette maladie, il existe un léger processus inflammatoire de la peau, mais, selon lui, ce processus atteint plutôt la partie superficielle du chorion et ne se développe pas de préférence autour des follicules pileux. « Diese Entzündung, écrit-il, war jedoch nicht eine speziell perifollikuläre » (3). A côté de faits déjà rapportés par d'autres observateurs, il en présente d'autres dont personne n'avait encore parlé. Ainsi il dit que, « dans les cas de pelade récente, on observait, dans beaucoup de vaisseaux lymphatiques, une coagulation de lymphe et un ralentissement consécutif du courant dans la partie où cette coagulation se produisait » ; que, « dans quelques grosses artères et dans quelques petites, on rencontrait de la fibrine coagulée » ; que, dans les cas de pelade ancienne, « il existait un épaississement des parois des vaisseaux sanguins » (4). Il ajoute ensuite que, « dans un cas de pelade récente, les corpuscules connectifs étaient beaucoup plus évidents qu'ils ne le sont ordinairement, et, sur un grand nombre de points, en proie à une active prolifération » (5). Robinson dit aussi que la gaine radiculaire externe montrait souvent une hyperplasie de l'épithélium, une irrégularité de contour, un développement plus grand, visibles dans toutes les parties du follicule, mais principalement à sa partie inférieure (6). »

Quant à Balzer (7), qui eut, lui aussi, l'occasion de pratiquer l'examen histologique d'un fragment de peau atteinte de pelade pris sur le vivant, il n'y trouva d'anormal que l'atrophie des follicules et des

(1) Giovannini, *Ricerche intorno alle alterazioni anatomo-patologiche dell'Area Celsi.* Bologne, Imprim. royale, 1888.
(2) Robinson, Pathologie und Therapie der Alopecia areata (*Monatshefte für praktische Dermatologie*, Bd. VII, nº 9, 1888, p. 409).
(3) *L. c.*, p. 774.
(4) *L. c.*, p. 774.
(5) *L. c.*, 738.
(6) *L. c.*, p. 742.
(7) Voir Besnier, *Sur la pelade.* Paris, 1888, p. 16.

poils, fait que, comme nous l'avons vu, d'autres avaient déjà observé avant lui.

Leloir (1) se borna « à examiner histologiquement les nerfs périphériques et les nerfs cutanés recueillis au niveau des plaques de pelade sur deux sujets morts d'une affection intercurrente ». Il trouva que, « dans un cas, les nerfs cutanés présentaient tous les signes de la névrite dégénérative atrophique (*névrite dite parenchymateuse*) en voie d'évolution. Dans l'autre cas, les nerfs cutanés étaient absolument sains ».

Évidemment, les observations qui, avant et depuis les miennes, ont été publiées sur l'histologie pathologique de la pelade, ne sont pas telles qu'on puisse en tirer une conclusion sûre. En effet, parmi les différents observateurs, quelques-uns n'ont obtenu de leurs recherches qu'un résultat négatif, tandis que d'autres ont eu un résultat positif. Parmi ces derniers, Harris et Robinson sont les seuls qui aient réussi à rencontrer une infiltration périvasculaire de cellules, analogue à celle que l'on rencontre dans les inflammations, sans cependant se trouver d'accord à l'égard de son siège dans la peau. Une circonstance vient encore augmenter l'incertitude, c'est que, dans le cas d'Harris, il n'est pas suffisamment prouvé que le processus inflammatoire tienne véritablement à la pelade. « Il s'agit d'un cas, comme Splinder (2) le fait observer à ce propos, dans lequel la peau n'a pas été prise durant la vie (le sujet fut reçu mort à l'hôpital); c'est pourquoi, comme on ignore si ce processus inflammatoire ne pourrait pas être dû à l'application de remèdes, on ne peut donner une grande valeur à cette observation. »

Ce que j'ai exposé, touchant les connaissances que l'on possédait, jusqu'ici, sur l'histo-pathologie de la pelade, montre donc toute l'opportunité des présentes recherches.

II. — MATÉRIEL D'OBSERVATION; SA PRÉPARATION

I. — La présente étude histologique sur la pelade a été faite exclusivement sur de la *peau prise du vivant* et fournie par vingt sujets différents. Parmi ces sujets un seulement donna deux fragments de peau : tous les autres n'en donnèrent qu'un seul.

Dans huit cas, la peau fut prise de la périphérie, et, dans quelques cas seulement, du milieu de la plaque peladique, tandis qu'elle était encore garnie de poils. Toutefois, les conditions où se trouvaient ces poils étaient de nature à faire croire qu'ils subissaient déjà l'influence

(1) Leloir, De la pelade et des peladoïdes (*Bulletin de l'Académie de Médecine*, 1888, p. 940).
(2) Splinder, *Uber Alopecia areata*. Inaugural-Dissertation. Strassburg, 1889, p. 23.

des causes qui donnent lieu au développement de la pelade. En effet, la plus grande partie de ces poils étaient cassés, soit au niveau de la peau, soit à une distance variable au-dessus de celle-ci, ou bien encore, tout en ayant leur longueur normale, ils se détachaient à la plus légère traction. La peau prise dans ces conditions est considérée, dans le cours du présent travail, comme appartenant au *premier stade de la pelade.*

Dans les douze autres cas, la peau fut prise de points sur lesquels la pelade était déjà établie; c'est-à-dire que la peau était complètement dépourvue de poils, ou, tout au plus, revêtue d'une sorte de fin duvet. La peau prise dans cet état est regardée, ici, comme appartenant au *second stade de la pelade.*

Je crois ne pouvoir me dispenser de donner un aperçu anamnestique de chacun des cas de pelade qui ont servi pour la présente étude.

1° *Cas de pelade dans le premier stade.*

Dans les cas I-III, la peau enlevée était garnie de poils cassés.

Ier cas. — Jeune homme de 19 ans. Plaque unique, un peu plus grande qu'une pièce de deux centimes, en proximité du sommet de la tête. Elle existait depuis trois semaines environ.

IIe cas. — Jeune fille de 17 ans, maigre, pâle. Elle présentait plusieurs plaques distinctes au cuir chevelu; la plupart ne dépassaient pas la largeur d'une pièce de cinq centimes. Pour l'examen microscopique, on choisit la plus petite plaque, située à la région pariétale gauche et qui existait depuis un mois et demi.

IIIe cas. — Jeune homme de 25 ans. Il avait trois plaques distinctes à la partie postérieure de la tête : la plus petite avait, à peu près, la largeur d'une pièce de cinq centimes, et la plus grande, celle d'une pièce de cinq francs. La dernière de ces plaques, qui existait depuis environ deux mois, fournit la peau pour l'examen microscopique.

Dans les cas IV-VIII, la peau était garnie de poils de longueur normale, mais se détachant avec facilité.

IVe cas. — Femme de 31 ans. Elle présentait, à la région occipitale, une plaque unique, de la largeur d'une pièce de deux centimes, remarquée depuis un jour seulement par la malade.

Ve cas. — Enfant de 8 ans. Il présentait une seule plaque de pelade, à la région temporale droite; cette plaque avait la largeur d'une pièce de deux sous et n'avait été observée que depuis deux jours.

VIe cas. — Jeune garçon de 15 ans. Il présentait trois plaques distinctes au cuir chevelu. La plaque, de la périphérie de laquelle j'enlevai un fragment de peau, s'était manifestée environ quarante jours auparavant,

avait son siège au niveau de la bosse pariétale et était un peu plus grande qu'une pièce de cinq francs.

VIIe CAS. — Petite fille de 9 ans. Depuis trois mois il s'était développé, sur plusieurs points du cuir chevelu, des plaques de pelade, qui, en s'étendant, avaient fini par dégarnir de poils la moitié environ du cuir chevelu. Dans la région occipitale, il ne restait plus que quelques touffes de poils épars çà et là. La peau fut prise précisément sur un des points occupés par ces touffes.

VIIIe CAS. — Petit garçon de 8 ans. Il présentait une plaque de pelade à contour irrégulier, qui, de la partie postérieure de la tête, s'étendait à l'avant, de manière à occuper une bonne partie des régions pariétales, dégarnissant ainsi de cheveux les deux tiers, environ, du cuir chevelu. Cette large plaque s'était formée par la fusion de plusieurs plaques distinctes, dont la première était apparue environ six mois auparavant.

2° *Cas de pelade dans le deuxième stade.*

IXe CAS. — Paysanne de 22 ans. Elle présentait, depuis *un mois* environ, deux plaques de pelade au cuir chevelu; l'une, grande, à peu près, comme un centime, était située à la tempe droite; l'autre, à peine un peu plus grande, sur la bosse pariétale du même côté. La peau fut prise au centre de la première de ces deux plaques.

X^e^ CAS. — Jeune homme de 17 ans. Plaque unique, ronde, du diamètre d'environ cinq centimètres, existant depuis *deux mois*, à peu près, à la région pariétale droite.

XIe CAS. — Jeune homme de 24 ans. Plaque unique à la nuque, grande, à peu près, comme une pièce de dix centimes, existant depuis *deux mois* environ.

XIIe CAS. — Petite fille de 11 ans. Plaque unique, au niveau de la bosse pariétale gauche, de forme ovale, du diamètre maximum de 8 centimètres. Elle existait depuis *deux mois et demi.*

XIIIe CAS. — Homme de 34 ans. Pelade qui s'étend à presque tout le corps. Sur le cuir chevelu il n'y avait plus que quelques points qui fussent encore garnis de poils ou de duvet; de la barbe il ne restait plus que quelques rares poils; ceux des moustaches et des cils, comme aussi ceux des autres parties du corps manquaient complètement. Cet homme avait commencé à être atteint de pelade au cuir chevelu dès l'âge de 19 ans. Cependant, les plaques qui s'étaient formées, avaient toujours disparu, après un temps plus ou moins long, se recouvrant de poils jusqu'à il y a *trois mois*, époque à laquelle la pelade prit, en très peu de temps, l'extension indiquée. La peau examinée fut prise du sommet de la tête, là où elle était complètement dépourvue de poils depuis le temps susmentionné.

XIVe CAS. — Jeune homme de 23 ans. Plaque unique, près du sommet de la tête, un peu plus grande qu'une pièce de 5 francs, apparue *quatre mois* auparavant.

XVe CAS. — Jeune garçon de 10 ans. Il était presque entièrement chauve, les régions pariétales seules présentant encore quelques touffes de poils.

La peau fut prise à la région occipitale, où la pelade existait depuis *cinq mois* environ.

XVI[e] CAS. — Jeune homme de 17 ans. Les cheveux et les cils manquaient presque complètement. L'affection avait commencé au cuir chevelu, environ *six mois* auparavant, par une plaque distincte, à laquelle, en peu de temps, avaient succédé de nombreuses autres plaques qui s'étaient rapidement étendues. La pelade avait été précédée, durant trois mois, d'une insolite et très abondante hyperidrose au cuir chevelu, laquelle s'était maintenue alors même que la pelade s'était déjà établie.

XVII[e] CAS. — Homme de 36 ans. Depuis *sept mois* il présentait, à la région pariétale gauche, une plaque de pelade de la largeur d'une pièce de 5 francs. Le sourcil gauche était également interrompu au milieu sur une étendue de 2 centimètres environ. La peau fut prise à la périphérie de la première de ces deux plaques.

XVIII[e] CAS. — Femme de 40 ans. Elle était presque entièrement chauve; il ne lui restait que quelques touffes de poils à la périphérie du cuir chevelu. De 16 à 27 ans, elle avait été atteinte de plaques distinctes; puis les plaques avaient disparu, et sa chevelure s'était maintenue absolument normale jusqu'à l'âge de 39 ans. Alors réapparurent, çà et là, dans le cuir chevelu, de nouvelles plaques de pelade, qui, s'étendant peu à peu, finirent par amener la calvitie susindiquée. La peau fut prise à la région occipitale, où la pelade existait depuis *un an* environ.

XIX[e] CAS. — Petit garçon de 9 ans. Il présentait une pelade absolument généralisée et complète. Il avait commencé à être atteint de pelade au cuir chevelu à l'âge de cinq ans. La peau fut exportée de la région occipitale, où la pelade existait depuis environ *quatre ans*. Ici, non seulement la peau apparaissait complètement dépourvue de toute trace de poils et de duvet, mais les ouvertures des follicules étaient réduites à de très petits enfoncements punctiformes que l'on arrivait difficilement à distinguer à œil nu.

XX[e] CAS. — Jeune homme de 19 ans, étudiant en médecine. Il présentait une pelade complète du cuir chevelu et des membres. L'affection avait commencé *cinq ans* auparavant au cuir chevelu. La peau destinée à l'examen fut prise à la superficie externe de l'avant-bras droit, où la pelade existait à peu près depuis l'époque indiquée ci-dessus.

En résumé, on peut dire, relativement au matériel d'étude, qu'il fut examiné dans les conditions les plus variées. L'examen fut porté aussi bien sur la peau où la pelade était sur le point de se former que sur celle où elle était déjà établie depuis un temps plus ou moins long (de 1 mois à 5 ans); sur la peau de plaques plus ou moins circonscrites et sur celle provenant de pelades plus ou moins généralisées (VII, VIII, XIII, XV, XVI, XVIII, XIX, XX); sur la peau du cuir chevelu et sur celle qui provenait d'autres parties du corps (XX).

J'ajouterai que, dans les cas qui servirent pour la présente étude, la peau présentait l'aspect qu'elle offre d'ordinaire dans la pelade, et que jamais je ne pris de peau qui donnât le moindre signe d'irritation. D'ailleurs j'eus soin de choisir des sujets qui, avant l'apparition de la

pelade, n'avaient eu, sur le même point où celle-ci s'était déclarée, aucune autre maladie cutanée, et qui, ou bien n'avaient encore subi aucune cure locale, ou bien, dans le cas contraire, l'avaient suspendue depuis plusieurs semaines.

II. — Quant à la *méthode de préparation de la peau*, je dirai que celle-ci fut fixée dans le liquide chromo-osmio-acétique de Flemming, et que les coupes, faites en sens transversal et disposées en séries, furent colorées avec le violet de méthyle.

Pour l'étude d'ensemble des follicules et des poils, j'eus recours à la composition graphique de sections longitudinales.

Comme j'ai complètement suivi, dans la préparation de la peau et dans la composition de ces dernières sections, la méthode que j'ai déjà employée dans d'autres recherches sur les poils et que j'ai décrite dans deux publications antérieures (1), je renvoie à ces dernières le lecteur désireux de plus amples détails à ce sujet.

III. — EXAMEN HISTOLOGIQUE.

1° *Altérations histologiques de la pelade dans son premier stade.*

(PLANCHE 3.)

1. — L'altération principale que présente la peau dans ce premier stade de la pelade consiste dans une INFILTRATION DE LEUCOCYTES autour des vaisseaux. Cette infiltration n'est pas également distribuée autour de tous les vaisseaux de la peau, mais elle se trouve toujours de préférence autour de ceux de la *partie inférieure des follicules pileux*. Ici le degré d'infiltration varie notablement dans les différents cas.

L'infiltration de leucocytes, dans son degré le plus léger (fig. 1), se trouve le plus souvent limitée aux vaisseaux qui se distribuent à un côté seulement du follicule. Elle part du centre du fond du follicule et s'étend vers le haut sur une hauteur correspondant à celle de la portion bulbaire du follicule ou ne la dépassant que de peu. En section transversale, cette infiltration se présente comme une espèce de nœud, de forme plus ou moins allongée, dont le plus grand diamètre suit, assez souvent, la direction du contour folliculaire duquel il se trouve plus ou moins rapproché.

Dans son plus haut degré, cette infiltration de leucocytes, tantôt se montre circonscrite à un côté du follicule, où il forme un nœud beaucoup plus étendu que le précédent (fig. 2), tantôt entoure le fol-

(1) S. GIOVANNINI, Sullo sviluppo normale e sopra alcune alterazioni dei peli umani (*Atti della R. Accad. med. di Roma*, XIII, 1886-1887, série II, vol. III. — *Vierteljahresschrift f. Dermatologie u. Syphilis*, 1887, p. 1049). — Idem, *Sur la kératinisation du poil*, etc., déjà cité.

licule plus ou moins complètement (fig. 3, 4). Dans ce dernier cas, le plus souvent, elle n'est pas uniformément distribuée, mais elle se montre plutôt autour des vaisseaux, soit d'un seul côté, soit de deux côtés, le plus souvent opposés, du follicule. En tout cas, l'infiltration se trouve notablement étendue au-dessus de la portion bulbaire du follicule pileux. Dans les follicules des poils jeunes, qui pour ce motif, conservent encore une partie plus ou moins considérable de leur portion atrésique (1), résultant de l'atrophie que le follicule avait subie après la chute du poil vieux, l'infiltration se trouve étendue, tantôt à toute cette portion atrésique, tantôt seulement à sa partie supérieure. D'ordinaire, elle atteint tous les vaisseaux de la portion atrésique du follicule, donnant ainsi lieu à la formation comme d'un gros nœud (fig. 5), et ce n'est que par exception qu'elle atteint seulement un ou deux vaisseaux isolés. L'infiltration de leucocytes a sa plus grande extension au niveau de la portion bulbaire du follicule et très rarement au-dessus ou au-dessous de celle-ci.

Entre ces deux degrés, *minimum* et *maximum*, d'extension de l'infiltration de leucocytes, il existe de très nombreuses gradations.

L'infiltration dont il s'agit ici, réside dans la couche connective circulaire du follicule pileux. Vers l'externe, elle est, d'ordinaire, plus ou moins nettement circonscrite par le connectif commun du derme qui limite cette couche. Vers l'interne, au contraire, une partie des leucocytes pénètre parfois, de la couche connective circulaire, dans le follicule. C'est spécialement au niveau de la portion bulbaire du follicule que cela a lieu.

Dans la papille on rencontre aussi une infiltration de leucocytes, qui, comme celle de la partie inférieure du follicule, a une importance très variable. Tandis que, dans certains cas, il s'agit d'un petit nombre de leucocytes infiltrés, dans d'autres, on se trouve en présence d'une infiltration plus ou moins considérable (fig. 3). En général, on peut dire que le degré d'infiltration de la papille est proportionnel à celui du fond du follicule. On rencontre, il est vrai, des cas dans lesquels la papille est notablement infiltrée de leucocytes, tandis que le fond du follicule correspondant l'est très peu, mais ce sont là des cas exceptionnels.

De la papille, les leucocytes s'avancent d'abord entre les cellules épithéliales de la matrice du poil environnantes. Dans cette partie, spécialement vers le bas, soit à cause des leucocytes qui proviennent de la papille, soit à cause de ceux qui proviennent du follicule, l'infiltration atteint assez souvent un degré considérable. En outre, les

(1) La signification de cette dénomination et d'autres nouvelles, employées dans le cours du présent travail, se trouve indiquée dans les deux publications citées ci-dessus, et regardant les altérations des follicules dans la dépilation, ainsi que le mode de régénération des poils nouveaux.

leucocytes de la partie supérieure de la papille se font aussi chemin entre les cellules du poil situées au-dessus de cette dernière. Mais, dans ce stade de la pelade, l'infiltration du poil au-dessus de la papille est ordinairement très limitée.

La partie supérieure du follicule ne présente d'infiltration que sur deux points seulement.

Un de ces points se trouve au-dessous des glandes sébacées. Ici, l'infiltration de leucocytes forme un nœud médiocrement étendu placé entre les muscles érecteurs et la paroi folliculaire. Dans différents cas, j'ai vu les leucocytes s'avancer en petite quantité, soit latéralement entre les cellules de la gaine radiculaire externe, soit vers le haut entre les cellules du fond des glandes sébacées.

Le second point qui présente une infiltration se trouve, à peu près, à l'extrémité inférieure de la portion du follicule en forme d'entonnoir. Ici l'infiltration réside, d'ordinaire, dans un côté du follicule, où elle forme un nœud, en général moins étendu que celui qui se trouve au-dessous des glandes sébacées et qui a été décrit tout à l'heure. Ici encore, on voit parfois les leucocytes s'avancer, en petit nombre, entre les cellules de la gaine radiculaire externe.

Avec quelle fréquence observe-t-on, dans les différents fragments de peau examinés, l'infiltration de leucocytes dans les diverses parties mentionnées ?

Relativement à l'infiltration de la partie inférieure du follicule, en deux cas, dans lesquels les poils étaient cassés, on la rencontra dans tous les follicules (I, II), tandis que, dans un autre cas, également avec poils cassés, elle existait dans une moitié seulement des follicules (III). Dans les cinq autres cas, avec poils entiers, les follicules non infiltrés étaient constamment plus nombreux que les follicules infiltrés. Par conséquent, l'infiltration de la partie inférieure du follicule se rencontre plus souvent dans la peau garnie de poils cassés que dans la peau garnie de poils apparemment intacts.

L'infiltration de leucocytes au-dessous des glandes sébacées se rencontra sur cinq des fragments de peau examinés, dont deux avec des poils cassés. Dans chacun de ces fragments de peau, cependant, un petit nombre de follicules seulement présentaient cette infiltration.

A l'extrémité inférieure de la portion en entonnoir du follicule, on rencontra l'infiltration de leucocytes dans trois fragments de peau seulement, dont deux avec des poils cassés. Dans chacun de ces fragments, il s'agissait d'un ou deux follicules avec l'infiltration dans le point indiqué.

La partie inférieure du follicule se rencontra donc beaucoup plus fréquemment infiltrée que la partie supérieure.

Jusqu'ici, j'ai voulu parler de l'infiltration qui entoure les follicules dont le fond s'avance plus ou moins au-dessous du fond des

glandes sébacées, et qui appartiennent, par conséquent, à des poils plus ou moins gros. Je dois ajouter maintenant que les petits follicules, renfermant des poils très fins, dont le fond reste au-dessus du fond des glandes sébacées, présentent très souvent, eux aussi, une infiltration à leur partie inférieure; et cette infiltration, eu égard à la petitesse des follicules, peut, en général, être considérée comme très étendue.

L'infiltration décrite se rencontre aussi bien, autour des follicules contenant encore le poil, qu'autour de ceux qui en sont privés ; aussi bien dans les follicules où l'atrophie n'est pas encore commencée que dans ceux où elle est déjà plus ou moins avancée. Par rapport aux follicules privés de poil, une circonstance est à remarquer, c'est que l'infiltration à leur partie inférieure, quand ils sont déjà en proie à l'atrophie, est d'ordinaire de faible ou, tout au plus, de médiocre degré (fig. 6).

L'infiltration de leucocytes ne se rencontre pas seulement autour des follicules des poils, mais encore autour des vaisseaux, tant superficiels que profonds, du reste du derme.

Relativement aux vaisseaux superficiels de la peau, aussi bien sanguins que lymphatiques, ils sont entourés, çà et là, par une infiltration de leucocytes extrêmement limitée. En aucun cas on ne la voit atteindre l'extension *maxima* des nœuds d'infiltration, mentionnés plus haut, que l'on rencontre à l'extrémité inférieure de la portion en forme d'entonnoir des follicules pileux.

Cette infiltration, autour des vaisseaux superficiels cutanés, fut constatée avec certitude en six des fragments de peau, observés dans ce stade de la pelade.

Quant aux artères et aux veines profondes de la peau, elles sont entourées par une infiltration de leucocytes un peu plus considérable que celle des vaisseaux superficiels. Cela n'a lieu, cependant, que sur une courte portion de vaisseaux et, le plus souvent, en proximité des follicules pileux.

L'infiltration autour des vaisseaux profonds de la peau fut observée dans la moitié seulement des fragments de peau examinés, et, pour chacun de ces fragments, autour d'un ou, au plus, de deux troncs vasculaires.

Dans le derme intrafolliculaire, l'infiltration se rencontre donc plus souvent autour des vaisseaux superficiels qu'autour des vaisseaux profonds.

Les glomérules des glandes sudoripares ne sont jamais infiltrés : seul, le conduit excréteur de ces glandes, en proximité de la superficie cutanée, apparaît parfois entouré d'un petit nombre de leucocytes, qui donnent lieu à la formation d'un petit nœud bien délimité. Toutefois on ne rencontra cette infiltration que dans quatre des fragments de

peau observés, et, dans chacun d'eux, les conduits excréteurs qui la présentaient étaient peu nombreux.

Les glandes sébacées, également, en dehors des quelques cas déjà mentionnés, dans lesquels elles présentaient un petit nombre de leucocytes à leur fond, se montrèrent exemptes d'infiltration.

Dans une unique section on voit un petit nombre de leucocytes entourer, sur plusieurs points, un tronc nerveux.

Les leucocytes dont on a parlé jusqu'ici, présentent des caractères identiques à ceux que l'on remarque dans les processus inflammatoires ordinaires. En général, on ne les rencontre que rarement en karyokinèse. Dans un seul fragment de peau (VII[e] cas), on observa un nombre notable de leucocytes en scission indirecte. Dans ce cas, les mitoses existaient spécialement dans l'infiltration du fond et dans celle de la portion atrésique du follicule.

Quelle signification doit-on attribuer à l'infiltration de leucocytes décrites ci-dessus?

Très vraisemblablement cette infiltration n'est que l'expression d'un processus inflammatoire : du moins, dans l'état actuel de nos connaissances, il ne me semble pas qu'elle puisse être considérée autrement. Partant de là, et tenant compte de la circonstance que le processus se rencontre principalement dans la paroi même de la partie profonde des follicules pileux, l'infiltration dont il s'agit ne représenterait, en somme, qu'une forme spéciale de FOLLICULITE PILAIRE PROFONDE.

2. — Parlons maintenant de l'état des poils contenus dans les follicules ayant, à leur partie inférieure, l'infiltration de leucocytes mentionnée précédemment.

A ce propos, on doit d'abord remarquer que tous les poils observés se trouvent en proie à une DÉGÉNÉRESCENCE CELLULAIRE plus ou moins avancée et plus ou moins étendue. En général, cette dégénérescence se présente avec un aspect différent, selon qu'elle a lieu, ou dans le matrice du poil et de la gaine radiculaire interne, ou dans la partie inférieure du collet du poil, ou dans sa partie supérieure.

Dans la matrice du poil et de la gaine radiculaire interne, la dégénérescence initiale se manifeste en ce que les noyaux cellulaires apparaissent moins fortement colorés et moins granuleux qu'à l'état normal. Dans un degré plus avancé de la dégénérescence, les cellules entières sont réduites à des masses informes, tantôt décolorées complètement, tantôt d'une teinte légèrement verdâtre.

A la partie inférieure du collet du poil, la dégénérescence initiale se manifeste dans les cellules de la *zona lucida*, par le fait que celles-ci apparaissent moins claires, avec un contour moins évident et moins

régulier qu'à l'état normal. Un degré plus avancé de dégénérescence, sur presque toute la hauteur de cette partie du collet, se reconnaît à cette circonstance que le contour des cellules n'est plus distinct, et que le protoplasme de celles-ci se trouve comme fondu en une masse d'aspect uniforme. Cette masse, en bas, apparaît, ou décolorée, ou d'une couleur légèrement jaunâtre ou verdâtre : mais à mesure que l'on avance vers le haut, elle prend toujours plus distinctement une couleur foncée, tendant légèrement au châtain.

Dans la *zona fusca*, la dégénérescence initiale se reconnaît à ce que cette zone devient un peu plus obscure qu'à l'état normal. La dégénérescence complète est caractérisée par une couleur d'un noir intense et par le fait que les noyaux des cellules ne sont plus du tout apparents.

Dans toutes ces parties les cellules dégénérées sont destinées à se dissoudre et à disparaître complètement. Il semble, cependant, que cette disparition s'accomplisse beaucoup plus vite dans les cellules dégénérées de la matrice que dans celles du collet du poil. Nous en aurions une preuve dans le fait, qu'il est extrêmement rare de surprendre, dans la première de ces parties, les cellules à un stade de dégénérescence complète, tandis que celle-ci s'observe assez fréquemment dans la seconde.

La dégénérescence cellulaire est accompagnée, dans chacun des poils, de diverses autres altérations. Les plus importantes consistent dans des changements dans la forme du collet, dans la disparition du pigment, dans la diminution du nombre des mitoses, tant dans la matrice du poil et de la gaine radiculaire interne que dans la gaine radiculaire externe. Dans leur ensemble, la dégénérescence cellulaire et les autres altérations qui l'accompagnent sont considérées ici comme des ALTÉRATIONS RÉGRESSIVES.

Dans les différents poils, les altérations régressives ne sont pas également avancées; c'est pourquoi, suivant qu'elles présentent ces altérations à un degré plus ou moins accentué, il me semble opportun de distinguer, ici, trois diverses catégories de poils, savoir :

a. Poils avec altérations régressives de premier degré;
b. Poils avec altérations régressives de second degré;
c. Poils avec altérations régressives de troisième degré.

Parlons de chacune de ces trois catégories de poil.

a. POILS AVEC ALTÉRATIONS RÉGRESSIVES DE PREMIER DEGRÉ. — Comme exemple d'un poil avec altérations régressives de premier degré, on peut prendre celui qui est représenté dans la figure 7.

En général, dans les poils avec ce degré d'altérations régressives,

la dégénérescence cellulaire ne se constate avec certitude que dans la *zona lucida* et dans la *zona fusca*. Dans ces deux parties, cependant, il s'agit d'un degré initial de dégénérescence. Dans la *zona fusca*, l'aspect un peu plus obscur que le normal, qui caractérise le début de la dégénérescence, ne s'étend pas à toute cette zone, mais à une portion seulement de sa hauteur : tantôt c'est la partie inférieure qui est atteinte, tantôt la partie supérieure.

Assez souvent, dans cette zone, la dégénérescence initiale est accompagnée, çà et là, de granulations noires, parfois isolées et parfois en forme d'amas plus ou moins étendus (fig. 8).

Dans les poils de cette catégorie, la *zona viridis* ou bien n'apparaît plus du tout, ou se montre moins fortement colorée qu'à l'état normal. De même, la *zona plasmatrix* et la *zona præcorticalis* se présentent assez souvent un peu moins marquées qu'elles ne le sont normalement. Ces diverses zones se maintiennent dans des conditions à peu près identiques dans les poils avec altérations régressives de second et de troisième degré, qui sont décrites plus loin.

Le collet des poils en question se présente plus ou moins raccourci, jusqu'à être réduit, au *maximum*, à la moitié environ de sa hauteur normale. En général, le raccourcissement semble avoir lieu plus au détriment de la partie supérieure qu'à celui de la partie inférieure du collet. En outre, la partie supérieure apparaît légèrement grossie. Vu en section longitudinale, le collet présente un contour plus ou moins sinueux. A cet égard, il est remarquable que, dans la majeure partie des poils étudiés, immédiatement au-dessus de la *zona lucida* du poil, il existe une espèce d'enfoncement toujours plus prononcé que les sinuosités qui existent dans le reste du collet. Cependant, vu en section transversale, le contour du collet du poil, dans quelques cas seulement, et uniquement sur l'extension de sa partie supérieure, apparaît légèrement sinueux.

Ce raccourcissement, ce grossissement, ces sinuosités, observées dans le collet du poil, prouvent évidemment que celui-ci a subi *un certain degré d'affaissement*.

La gaine radiculaire interne présente, sur quelques points de son contour, des sinuosités qui correspondent à peu près à celles du poil, mais, cependant, moins marquées. En dehors de cela, le seul fait anormal qu'on y remarque, c'est que, dans certains cas, tantôt dans l'une et tantôt dans l'autre de ses différentes couches, et plus rarement dans toutes, la *zona viridis* de kératinisation ou n'apparaît pas, ou apparaît moins évidente qu'à l'état normal. Dans les poils avec altérations régressives de second et de troisième degré, qui seront décrites plus loin, la *zona viridis* des diverses couches de la gaine radiculaire interne se comporte à peu près de la même manière.

Dans ces poils, le pigment se trouve plus ou moins diminué de quantité ou a disparu complètement.

Les mitoses, dans la matrice du poil et de la gaine radiculaire interne, se trouvent réduites, environ, de un à dix vingtièmes de leur nombre normal.

La papille, dans certains cas, est un peu écrasée et rapetissée.

Le follicule, de sa portion bulbaire en dessus, jusqu'à environ la hauteur de la limite supérieure du collet du poil, se présente avec un contour irrégulier. Cela indique manifestement que, dans cette portion, le follicule s'est légèrement ratatiné. La couche anhiste folliculaire n'est pas épaissie ou ne l'est que bien peu.

b. Poils avec altérations régressives du second degré. — Ce qui caractérise ces poils, c'est le fait qu'ils présentent une dégénérescence cellulaire complète sur des points circonscrits ou foyers, soit à la partie inférieure, soit à la partie supérieure du collet. Cependant, il est à remarquer que, dans ces cas, le reste du poil le plus souvent n'est pas normal, mais qu'il laisse voir, plus ou moins marquées, toute son extension ou sur une partie seulement, les altérations régressives de premier degré précédemment décrites.

C'est à la partie inférieure du collet du poil que ces foyers de dégénérescence se rencontrent le plus fréquemment et atteignent le *maximum* de leur extension. Comme type d'un poil avec foyer de dégénérescence dans cette partie, on peut prendre celui qui est représenté dans la figure 9.

Il s'agit, dans ces cas, d'un unique foyer de dégénérescence qui a son *maximum* d'extension à la limite supérieure de la *zona lucida* du poil. Là, ce foyer intéresse la plus grande partie du poil, de manière qu'il ne reste, d'ordinaire, qu'un petit nombre de couches de cellules avec contour encore évident. De ce point vers le bas il va en se rétrécissant irrégulièrement. En hauteur, il occupe, le plus souvent, une grande portion de la partie inférieure du collet du poil, et, moins fréquemment, il l'occupe entièrement. Vu en section longitudinale, il se montre d'une forme qui rappelle, de loin, celle d'une poire, avec la partie plus étroite tournée vers le bas.

Ce foyer, dans les différents poils, se présente sous deux aspects un peu divers.

Dans un certain nombre de cas, la dégénérescence cellulaire apparaît avec l'aspect qu'elle a, d'ordinaire, dans cette partie ; c'est-à-dire que les cellules ont perdu leur contour et que leur protoplasme est transformé en une substance d'apparence uniforme (fig. 10, *a*) et d'une couleur foncée tournant légèrement au châtain. Dans ces cas, il existe, le plus souvent, dans le centre du foyer de dégénérescence, une cavité qui, d'ordinaire, reproduit la forme de ce foyer

(fig. 10, *b*). Cette cavité contient des noyaux ou des fragments de noyaux décolorés, une substance informe également décolorée et, çà et là éparses, quelques granulations fortement colorées. Il est vraisemblable que cette cavité s'est formée par suite de la disparition d'une partie des cellules dégénérées.

Dans d'autres cas, au contraire, le foyer de dégénérescence, existant à la partie inférieure du collet, se trouve rempli, dans sa plus grande partie, d'une substance informe, plus ou moins noire, dérivant de la *zona fusca* dégénérée (fig. 2, *c*). Çà et là seulement, on aperçoit, à la périphérie de cette masse noire, le protoplasme cellulaire avec l'aspect châtain foncé mentionné précédemment. On ne voit pas trace de cavité centrale, ou bien on n'en trouve qu'une brève portion en bas du foyer de dégénérescence.

On peut comprendre ce qui est arrivé dans ces cas, en considérant l'état de la *zona fusca*. Celle-ci est le plus souvent très raccourcie; parfois elle l'est au point d'être réduite à environ un quart seulement de sa hauteur normale. Évidemment un tel raccourcissement de la *zona fusca* provient de ce que sa partie inférieure, complètement dégénérée, est descendue à l'intérieur du foyer de dégénérescence existant à la partie inférieure du collet.

Dans ces poils, la partie inférieure du collet se montre parfois d'une forme irrégulière. Au lieu de se rétrécir graduellement du bas vers le haut, presque en forme de cône, comme cela a lieu normalement, elle présente une forme presque cylindrique.

La gaine radiculaire interne subit un raccourcissement proportionnel à celui du poil.

On ne rencontre plus trace de pigment dans aucun des poils observés.

Dans la matrice de ces poils et dans celle de leur gaine radiculaire interne, les mitoses sont réduites de la moitié à un quart de leur nombre normal.

La papille est ordinairement rapetissée et déprimée plus encore que dans les poils de la catégorie précédente. En outre, dans certains cas, elle ne présente plus trace de son collet.

La partie inférieure du follicule offre un contour sinueux et présente, en outre, un notable rétrécissement.

A la partie supérieure du collet du poil, les foyers de dégénérescence complète ne se rencontrent que très rarement. On les trouve à l'intérieur de cette partie du collet, et au nombre d'un ou de deux au plus : ils ont une extension et une forme très variées; ils présentent ordinairement l'aspect de cavités assez bien délimitées, occupées, en totalité ou en partie seulement, par les cellules désagrégées.

En dehors du collet du poil, on observe aussi des foyers de dégénérescence plus ou moins complète, dans divers cas, soit dans la cu-

ticule du poil, correspondant à la partie inférieure du collet, soit à la partie inférieure de la portion radiculaire de la tige du poil, soit dans la gaine radiculaire interne, tant dans sa portion correspondant au collet du poil que dans sa portion kératinisée. Mais ces foyers, à cause de leur petitesse, ont une importance beaucoup moindre que ceux qui existent dans le collet.

c. Poils avec altérations régressives de troisième degré. — Les poils avec altérations régressives de troisième degré se distinguent des poils avec altérations de second degré, spécialement par ces deux circonstances : 1° que dans ces poils a déjà eu lieu la complète disparition tant de leur bulbe entier que d'une portion du collet du poil dans lequel le bulbe se continue ; 2° qu'ils présentent une dégénérescence avancée des cellules dans toute l'extension de la portion restante du collet.

Mais venons à quelques particularités à propos de ces altérations.

La destruction du bulbe du poil se manifeste par le fait que, au fond des follicules, on ne distingue plus nettement les cellules du poil, de la cuticule du poil et des diverses couches de la gaine radiculaire interne, mais on rencontre seulement des cellules d'un aspect uniforme et disposées sans aucun ordre spécial (fig. 1). Un grand nombre de ces cellules se présentent avec un noyau peu ou point coloré, c'est-à-dire dans un état de dégénérescence initiale. De plus, dans un petit nombre de cas, quelques groupes se trouvent en voie de désagrégation évidente (fig. 1, *a*).

La destruction s'étend, du bas vers le haut, à la partie inférieure du collet du poil, sur une hauteur très variable dans les différents cas. De la destruction d'une courte portion seulement de la partie mentionnée (fig. 11), on va, graduellement, presque jusqu'à sa destruction complète (fig. 13). Dans les cas où la destruction n'est pas complète, le moignon qui reste de la partie inférieure du collet est plus ou moins aminci. Ce moignon a une forme variable. Dans la plupart des cas il se rapproche de la cylindrique (fig. 11) ; plus rarement il en conserve une qui rappelle, de loin, la forme normale de la partie inférieure du collet du poil (fig. 12).

Les cellules qui composent le moignon du collet en question présentent toutes, d'ordinaire, des indices de dégénérescence plus ou moins avancée. Dans de rares cas, le moignon laisse voir, à son intérieur, de larges foyers de dégénérescence contenant des portions de *zona fusca* dégénérée, en tout semblables à ceux qui caractérisent les altérations régressives de second degré (fig. 12).

Quant à la partie supérieure du collet, elle ne laisse plus apercevoir aucune trace de noyaux cellulaires. En outre, ou bien elle présente, çà et là seulement, des taches d'un noir intense (fig. 11, 14),

ou bien elle se montre partout uniformément noire (fig. 12, 13). Cela signifie évidemment que, dans le premier cas, elle est, en partie seulement, dégénérée, et que, au contraire, elle l'est complètement dans le second. Cette dernière éventualité se rencontre beaucoup plus fréquemment que la première.

Relativement à cette partie du collet, on doit aussi remarquer que, dans les cas où elle n'est pas encore complètement dégénérée, elle conserve à peu près sa grosseur et sa hauteur normales (fig. 11), et que, par contre, elle est plus ou moins amincie et raccourcie dans les cas où la dégénérescence est partout complète (fig. 12, 13).

La gaine radiculaire interne qui entoure ces poils, présente une dégénérescence de ses cellules et des destructions plus ou moins étendues. En effet, dans la partie inférieure de cette gaine, là où la kératinisation n'est pas encore très avancée, il n'est pas rare de voir ses cellules pourvues d'un noyau peu ou point coloré, précisément comme dans la dégénérescence initiale des cellules de la matrice du poil (fig. 4, *a*). En outre, ces cellules, après avoir perdu leur forme caractéristique, offrent un aspect qui les distingue à peine des cellules de la gaine radiculaire externe environnante. Parfois, la gaine en question ne présente pas seulement des signes de dégénérescence, mais elle se montre encore amincie, ou parfois même complètement détruite, d'un côté, sur une hauteur plus ou moins grande. Cela a lieu, non seulement dans sa portion correspondant au collet du poil, mais encore dans sa portion kératinisée (fig. 13, 15). La destruction de cette gaine est complète, en bas, sur une hauteur précisément égale à celle de la partie du collet du poil qui est détruite (fig. 11, 12, 13).

Dans la gaine radiculaire externe, elle aussi, bien que très rarement, on rencontre, çà et là, des cellules isolées ou des groupes limités de cellules, avec des signes non douteux de dégénérescence et en voie de désagrégation.

D'ordinaire, il y a disparition absolue du pigment soit dans le poil, soit dans la papille, soit dans la paroi du follicule. Dans un unique cas, on aperçoit des granulations pigmentaires, irrégulièrement disséminées dans la portion de gaine radiculaire interne correspondant à la partie inférieure du collet du poil dégénéré et aminci.

Au fond des différents follicules, les mitoses sont extrêmement diminuées de nombre, celui-ci oscillant pour chacun d'eux entre deux et dix. Dans la gaine radiculaire externe, elles ont aussi diminué plus ou moins notablement en nombre.

La papille de ces poils est, tantôt simplement réduite de volume (fig. 11), tantôt plus ou moins manifestement écrasée (fig. 12), tantôt en grande partie disparue (fig. 13).

Relativement au follicule, on remarque que le rétrécissement de sa partie inférieure est plus ou moins notablement avancé. On observe

en outre, que, malgré le raccourcissement survenu dans le collet du poil, le fond du follicule, dans tous les cas, n'est séparé que par un court intervalle de l'extrémité inférieure du collet (fig. 12, 13). Il semble donc que le fond du follicule se retire vers le haut à mesure que le collet du poil va en se désagrégeant.

A propos des poils avec les altérations régressives décrites ici, on doit mentionner le fait qu'ils se trouvent fréquemment atteints par une affection que l'on peut considérer comme absolument analogue à la TRICHORRHEXIS NODOSA.

Cette affection se rencontre particulièrement dans les poils jeunes, à commencer des premières phases de développement du poil en allant jusqu'aux poils avec tige déjà corticalisée et plus ou moins grosse. Elle a son siège tant à la partie supérieure du collet que dans la portion radiculaire de la tige du poil.

Relativement à cette affection, on doit particulièrement remarquer la circonstance qu'elle se présente, dans la grande majorité des cas, *dans les portions du poil plus ou moins complètement dégénérées.* On la rencontre, par conséquent, avec une grande fréquence, à la partie supérieure du collet, dans les poils avec altérations régressives de troisième degré. La dégénérescence, dans certains cas, peut se constater alors même que la trichorrhexis a son siège à l'extrémité inférieure de la tige du poil. Cela porte naturellement à penser qu'il peut exister un certain rapport entre la dégénérescence et l'affection en question.

Comme on peut l'observer dans la figure 11, cette affection se présente, dans le poil, sous forme de renflements plus ou moins régulièrement ovales ou fusiformes. Au niveau de ces renflements, la substance du poil offre de nombreuses scissures longitudinales en divers sens qui la divisent comme en autant de fibres. Ce fendillement est naturellement plus apparent, quand le renflement a son siège dans la tige que quand il l'a dans la partie supérieure du collet du poil. Dans cette dernière partie, une portion du poil, au niveau du renflement, se présente aussi assez souvent réduite en fragments plus ou moins petits (fig. 16).

Quand il s'agit de poils dans les premiers stades de leur développement, par conséquent encore renfermés dans la cape de la gaine radiculaire interne, celle-ci, au niveau de la trichorrhexis est, d'ordinaire, réduite en fragments. Quand il s'agit de poils avec tige corticalisée, la gaine radiculaire interne, au niveau des nœuds de trichorrhexis, est diversement altérée. Dans certains cas, elle est seulement un peu amincie, et, à l'amincissement, s'ajoute, assez souvent, un certain désordre dans la disposition de ses cellules (fig. 16). Dans d'autres cas, elle est, en tout ou en partie, réduite en morceaux.

De l'ensemble de ces faits, on serait évidemment porté à croire que les nœuds de trichorrhexis, dans notre cas, représentent uniquement l'*explosion* de la substance du poil plus ou moins complètement dégénérée.

Dans les poils contenus dans les follicules infiltrés, on observe parfois une autre altération, je veux dire, la présence d'un CANAL MÉDULLAIRE EXTRAORDINAIREMENT LARGE et anormal sous divers rapports (fig. 17, 18). Il se rencontre dans les poils d'une grosseur un peu inférieure à celle à laquelle, en conditions normales, les mêmes poils commencent à présenter quelques traces de moelle. Ce canal, qui occupe, d'une manière discontinue, une grande partie du collet et de la portion radiculaire de la tige du poil, a une forme et un contour très irréguliers. A son intérieur, les cellules médullaires sont en nombre relativement restreint.

Dans les poils qui présentent cette moelle anormale (fig. 17), la *zona fusca*, sur quelques points, est un peu plus foncée qu'elle ne l'est normalement; de plus, la *zona viridis* fait défaut. On remarque une légère irrégularité dans leur contour, irrégularité qui se répète dans le contour tant de la partie inférieure du follicule que de la papille. La matrice du poil et de la gaine radiculaire interne contient un nombre de mitoses, de un tiers à un quart environ, inférieur à la normale. Tout cela prouve évidemment que, dans ces poils, les altérations régressives de premier degré sont déjà commencées. Quant au canal médullaire qu'on trouve en eux, je ne saurais décider s'il est lui-même la conséquence d'altérations régressives des cellules.

Dans les follicules avec infiltrations de leucocytes à leur partie inférieure il n'y a pas seulement destruction de la partie inférieure du collet, comme on a vu que cela a lieu dans les altérations régressives de troisième degré, mais il y a aussi, parfois, DESTRUCTION TOTALE DU COLLET DU POIL, ACCOMPAGNÉE DE DESTRUCTION INCOMPLÈTE OU COMPLÈTE DE LA GAINE RADICULAIRE INTERNE. Pour en venir à quelques détails relativement à ces altérations, il sera utile de diviser les poils qui les présentent en deux catégories :

a. *Poils avec destruction complète du collet et destruction incomplète de la portion de gaine radiculaire interne correspondant à celui-ci.* — Dans ce cas, les restes de la portion de gaine radiculaire interne, correspondant au collet du poil, sont en très grande partie représentés par des cellules au stade de kératinisation verte, ou noire, de la couche de Henle. Ces cellules sont, en partie, alignées comme pour former un cordon, dans le milieu du follicule (fig. 19, *a*, *a*), en partie, éparses sans aucun ordre au fond de celui-ci (fig. 3,

a, a, a; fig. 19, *b*, *b*). Ces cellules ne se rencontrent pas seulement à l'intérieur du follicule, mais on les trouve parfois comme enfoncées dans l'épaisseur même de la paroi connective de celui-ci.

Au fond du follicule les cellules épithéliales en karyokinèse oscillent entre 2 et 5.

Le follicule, ou bien se conserve à peu près dans son ampleur normale sur toute son extension, ou bien, tout en se conservant encore ample dans sa portion bulbaire (fig. 3, 19), présente seulement un certain degré de rétrécissement de sa portion correspondant au collet du poil (fig. 19). Là où le rétrécissement de cette partie du follicule est plus considérable, la couche connective circulaire du follicule est parfois comme désagrégée.

Évidemment, dans cette catégorie de poils, la destruction du collet est accomplie depuis quelques jours seulement.

b. *Poils avec destruction complète du collet accompagnée de destruction complète, soit de la seule portion de gaine radiculaire interne correspondant au collet, soit de cette gaine tout entière.* — Dans le cas de destruction complète de la portion de gaine radiculaire interne correspondant au collet du poil, d'ordinaire, la portion restante, kératinisée, n'a pas son intégrité, mais elle est plus ou moins profondément érodée à sa partie inférieure. Immédiatement au-dessous de celle-ci et de la tige du poil qu'elle entoure, on rencontre, assez souvent, quelques fragments de substance kératinisée comme enfoncés au milieu d'une substance informe, de couleur verdâtre, représentant évidemment des cellules épithéliales dégénérées.

Dans le cas de destruction complète de la gaine radiculaire interne, la tige nue du poil, qui se trouve à l'intérieur du follicule, ne présente pas de particularités qu'il soit opportun de rapporter ici.

Dans l'un et dans l'autre de ces cas, d'ordinaire, au fond des follicules, on ne rencontre plus de cellules en karyokinèse.

Dans les deux cas, le follicule se trouve dans un état de rétrécissement atrophique plus ou moins avancé, en tout analogue à celui qu'on observe en lui après la dépilation.

Tout prouve donc que, dans les poils de cette seconde catégorie, la destruction du collet est survenue depuis un plus grand nombre de jours que dans les poils de la première catégorie.

Enfin, à l'intérieur des follicules infiltrés, parfois on ne rencontre plus le poil. Ces FOLLICULES PRIVÉS DE POIL sont en proie aux plus divers degrés d'atrophie, analogues, du reste, eux aussi, à ceux que l'on trouve dans les follicules après la dépilation.

Après avoir exposé les diverses altérations que l'on observe

dans les poils, dans ce premier stade de la pelade, il faut dire un mot de la fréquence avec laquelle elles se rencontrent et du degré d'infiltration des follicules qui les présentent.

En général, quant à la *fréquence*, les poils avec altérations régressives de premier degré viennent en premier lieu ; puis viennent, par ordre de fréquence décroissante, les poils avec altérations régressives de troisième degré, ceux avec altérations régressives de second degré, ceux avec destruction complète du collet, et enfin ceux avec moelle d'une largeur anormale. De ces derniers on n'en observa que deux seulement.

Tous les différents cas de pelade ne présentèrent pas des poils avec les diverses altérations décrites, mais on les rencontra principalement ou exclusivement, tantôt dans un cas, tantôt dans un autre. Ainsi les poils avec altérations régressives de premier degré se rencontrèrent spécialement dans les cas de pelade V et VI ; les poils avec altérations régressives de second degré, seulement dans les cas II et VII ; les poils avec altérations régressives de troisième degré, seulement dans les cas II, V et VII ; les poils avec destruction du collet, principalement dans les cas II et III ; des deux poils avec moelle d'une largeur anormale, l'un fut observé dans la pelade III et l'autre dans la pelade VIII.

Relativement au *degré* d'infiltration de leucocytes à la partie inférieure du follicule, on peut dire qu'il est *presque proportionnel au degré des altérations présentées par le poil que le follicule renferme.* Ainsi, dans les follicules contenant des poils avec altérations régressives de premier degré, on a une infiltration de leucocytes de degré *minimum;* dans les follicules contenant des poils avec altérations régressives de second degré, l'extension de l'infiltration varie entre un degré *minimum* et un degré moyen ; dans les follicules avec altérations régressives de troisième degré et dans ceux avec collet désagrégé, l'infiltration varie, relativement à l'extension, entre un degré moyen et un degré *maximum.* Dans un petit nombre de cas, seulement, on observe des follicules contenant des poils avec altérations régressives de troisième degré, qui ne présentent qu'une légère infiltration de leucocytes à leur partie inférieure (fig. 1). Les follicules, contenant des poils avec moelle d'une largeur anormale, ont, à leur partie inférieure, une infiltration de leucocytes de médiocre extension.

Les altérations régressives des poils, qui ont été examinées jusqu'ici, doivent être considérées, à ce qu'il me semble, comme consécutives à l'infiltration de leucocytes existant à la partie inférieure des follicules. Deux circonstances, spécialement, porteraient à l'admettre : la première, c'est que les poils contenus dans les follicules infiltrés se sont constamment montrés en proie aux altérations régressives

mentionnées plus haut; la seconde, c'est que l'importance de ces altérations, dans les différents poils, s'est montrée, jusqu'à un certain point, proportionnelle à l'extension de l'infiltration de leucocytes existant dans les follicules.

Touchant l'origine de ces altérations, on peut supposer que l'infiltration de leucocytes autour des vaisseaux du follicule, en entravant la circulation, est cause que les matériaux nutritifs n'affluent plus au poil en quantité suffisante ; d'où la nécrose des cellules du poil et les autres altérations régressives qui l'accompagnent.

L'action des leucocytes, dans ce cas, n'est-elle pas aidée par celle d'autres agents? Des recherches ultérieures pourront peut-être nous éclairer à ce sujet.

2° *Altérations histologiques de la pelade dans son second stade.*

(Planche 4.)

1. — Dans la peau avec pelade dans le second stade, on remarque, avant tout, d'anormal, une INFILTRATION DE LEUCOCYTES qui se comporte, à peu près, comme celle qui a été décrite en traitant de la pelade dans le premier stade. L'infiltration se trouve donc principalement, autour des vaisseaux de la partie inférieure des follicules pileux, où elle se distribue, à peu près, de la manière précédemment décrite. L'infiltration de cette partie se rencontre *dans tous les follicules qui existent dans chacun des fragments de peau examinés, ou, au moins, dans le plus grand nombre.*

Relativement à l'extension, l'infiltration de la partie inférieure du follicule se comporte diversement, suivant que la pelade est plus ou moins ancienne. Dans les affections peladiques qui ne duraient pas depuis plus d'une année, elle atteint souvent la même extension, relativement à la grosseur des différents poils, que celle qui a été observée dans le stade précédent. Dans un cas (XIV), l'infiltration présente même une extension sensiblement plus grande (fig. 1). Dans les affections peladiques qui duraient depuis quatre et cinq ans, elle est, par contre, *sensiblement diminuée* autour de tous les follicules. Le degré *maximum* d'infiltration du fond du follicule, de la papille et de la matrice correspondante du poil et de la gaine radiculaire interne, rencontré dans la pelade qui durait depuis cinq ans, peut se voir dans la figure 2.

Dans ce second stade de la pelade, les leucocytes pénètrent à l'intérieur du follicule avec une plus grande fréquence que dans le premier stade. En outre, ils envahissent le follicule en beaucoup plus grand nombre et sur une extension beaucoup plus considérable. Au-dessus de la papille, on les voit, parfois, disséminés çà et là parmi les cellules du poil entier et de la gaine radiculaire interne (fig. 3).

D'autres fois, au contraire, ils se présentent, dans ces parties, sous forme d'amas plus ou moins étendus. Ainsi, dans un cas, ils se trouvent recueillis à l'intérieur d'une cavité formée par la désagrégation des cellules du poil dégénérées (fig. 5, *a*); dans d'autres cas, on les voit aussi recueillis à l'intérieur des cavités existant dans la gaine radiculaire interne (fig. 4). Dans quelques coupes, la gaine radiculaire externe est, elle-même, envahie entièrement par un grand nombre de leucocytes (fig. 5).

L'infiltration de leucocytes au-dessous des glandes sébacées et à l'extrémité inférieure de la portion du follicule en forme d'entonnoir se rencontre dans un nombre de cas relativement moindre que dans le stade précédent. Dans les pelades qui duraient depuis quatre et cinq ans, l'infiltration, dans ces parties, ainsi qu'à la partie inférieure du follicule, était très réduite quant à son extension.

Dans presque tous les fragments de peau examinés, on rencontre une très légère infiltration de leucocytes autour des vaisseaux superficiels. Très rarement, au contraire, on observe, autour des artères et des veines profondes du chorion infrafolliculaire, une claire infiltration de leucocytes, et lorsque cela a lieu, il s'agit d'une infiltration ordinairement peu étendue.

Dans un seul cas (XIII), au milieu d'un nœud d'infiltration résidant à la partie inférieure d'un follicule pileux, on observe deux cellules géantes.

Il est extrêmement rare de voir en karyokinèse les leucocytes infiltrés.

2. — Passant maintenant aux poils, il faut remarquer, tout d'abord, que *les follicules qui contiennent le poil plus ou moins développé, à leur intérieur, sont toujours, dans tous les différents fragments de peau examinés, en plus grand nombre que les follicules privés de poil :* dans la plupart des cas, ces derniers n'arrivent même pas à un tiers des premiers.

A l'intérieur des follicules, les poils présentent les phases de développement les plus diverses : toutefois, les follicules qui montrent, à leur fond, le premier rudiment du germe du poil, ou le germe lui-même, sont en très petit nombre; les follicules qui contiennent des poils dans les premières phases de leur développement sont en nombre un peu plus grand; les plus nombreux de tous sont ceux qui contiennent, à l'intérieur, des poils avec tiges corticalisées, mais jeunes encore.

Les poils contenus à l'intérieur des follicules avec infiltration de leucocytes se montrent, dans ce stade aussi, *constamment* altérés. J'arrive maintenant à quelques particularités touchant les altérations présentées par ces poils.

a. ALTÉRATIONS DU PREMIER RUDIMENT DU GERME DU POIL ET DU GERME DU POIL PROPREMENT DIT. — La principale altération que l'on rencontre dans les follicules avec infiltration de leucocytes à leur partie inférieure et contenant le premier rudiment du germe du poil, ou le germe du poil dans ses premières phases de développement, consiste en ce que, à leur fond, les mitoses sont, dans tous les cas, en nombre inférieur à la quantité normale.

Relativement aux germes du poil, on observe que, comparativement aux germes normaux correspondants, ils apparaissent plus courts et plus minces; que leur forme est un peu irrégulière; que leur papille est moins grosse qu'elle ne l'est normalement. En outre. les follicules qui les contiennent, spécialement au niveau de leur portion bulbaire, présentent des sinuosités anormales.

b. ALTÉRATIONS DES POILS DANS LES PREMIÈRES PHASES DE LEUR DÉVELOPPEMENT. — Ces poils se présentent un peu plus courts et plus fins que les poils normaux. Leurs diverses parties ne sont encore qu'imparfaitement indiquées. Il en est de même des zones de kératinisation, tant du poil que des différentes capes des couches de la gaine radiculaire interne. Dans la cape de la couche de Henle, on aperçoit assez souvent, à son contour, des sinuosités marquées.

Dans la matrice du poil et de la gaine radiculaire interne, les mitoses sont réduites de la moitié à un dixième de leur nombre normal.

La papille est petite, raccourcie. Le contour du follicule est irrégulier.

Ici, il ne sera pas inutile d'ouvrir une parenthèse pour dire un mot d'une étrange forme de poils, que je distinguerai sous le nom de POILS CYLINDRIQUES. Ils furent observés dans un cas de pelade étendue à toute la surface de la peau et existant depuis quatre ans (XIX). Dans ce cas, au milieu de poils plus ou moins altérés, mais qui, quant à la forme, ne s'éloignent pas trop de la normale, il s'en trouvait plusieurs constitués, pour la plus grande partie, par une espèce de mince cylindre, de diamètre presque égal dans les différents cas, qui, en bas, s'élargit un peu pour former le bulbe (fig. 6). La hauteur de ces deux parties réunies oscille entre la moitié environ et la totalité de la hauteur d'un poil dans la plus avancée de ses premières phases de développement. La portion cylindrique de ces poils, sur toute son extension, se montre d'une couleur noire plus ou moins intense, qui, sur quelques points, se change en rouge foncé. Seule, la partie inférieure restante de ces poils laisse voir la structure cellulaire, et l'on peut reconnaître que, là, les cellules propres du poil, ou bien n'existent plus du tout, ou bien, si elles existent, sont réduites à un très petit nombre, et manquent un peu au-dessus de la papille. Ces

poils sont donc formés, dans leur plus grande partie, par la gaine radiculaire interne.

Au fond des follicules qui contiennent ces poils, les mitoses sont, d'ordinaire, au nombre de deux ou trois seulement.

Il semble que ces poils cylindriques ne représentent pas autre chose que des poils dans les premières phases de leur développement, dans lesquels les cellules propres du poil se sont, en grande partie, détruites, et dans lesquels, pour ce motif, la cape de la gaine radiculaire interne a dû se rétrécir.

Les poils dans leurs premières phases de développement, dont il a été parlé plus haut, aussi bien que ces derniers poils cylindriques, d'une manière analogue à ce que, dans le paragraphe précédent, on a vu se produire dans les poils avec altérations régressives de troisième degré, apparaissent, dans quelques cas, clairement détruits sur une certaine portion de leur partie inférieure. Qu'on ajoute à cela que, parfois, ils se trouvent également détruits sur une portion plus ou moins considérable même à leur partie supérieure. Évidemment, les poils, dans cet état, sont très près de se désagréger complètement.

c. ALTÉRATIONS DES POILS AVEC TIGE CORTICALISÉE. — A propos de ces poils, il faut mentionner tout d'abord que, quand il s'agit du cuir chevelu, on observe, dans quelques cas, des poils avec tige corticalisée, mais très petits et avec tous les caractères du POIL FOLLET, à l'intérieur de follicules, dans lesquels, d'ordinaire, ce dernier ne se rencontre pas. En effet, ces follicules ont leur fond situé au-dessous des glandes sébacées, et assez souvent ils conservent aussi la portion atrésique relativement haute et grosse. Or, dans ces follicules, comme on le sait, on rencontre communément des poils qui atteignent la grosseur ordinaire, et si, dans ce cas, on y trouve du poil follet, celui-ci représente évidemment des poils qui ont été arrêtés dans leur développement normal.

En outre, dans tous les poils avec tige corticalisée, les cellules de la matrice et du collet se montrent en proie à un processus de dégénérescence complètement analogue à celui que l'on a observé dans les poils du premier stade de la pelade. Conséquemment, on rencontre, dans les différents poils, des altérations régressives ou égales, ou peu différentes de celles qui ont déjà été décrites.

Ainsi, les ALTÉRATIONS RÉGRESSIVES DE PREMIER DEGRÉ se montrent tout à fait analogues dans les deux stades.

Les ALTÉRATIONS RÉGRESSIVES DE SECOND DEGRÉ ne diffèrent des altérations correspondantes de premier degré que par deux circonstances : en premier lieu, parce que les cavités produites par les foyers de dégénérescence se trouvent parfois ouverts vers l'extérieur (fig. 7);

en second lieu, parce que, dans aucun des poils étudiés, on ne rencontre la forme presque cylindrique de la partie inférieure du collet et le raccourcissement de la partie supérieure de celui-ci, observé dans le premier stade de la pelade.

Des ALTÉRATIONS RÉGRESSIVES DE TROISIÈME DEGRÉ, une seule ne se rencontre pas, savoir, l'amincissement de la partie supérieure du collet. La destruction s'étend sur une hauteur très variable dans le collet du poil, au point que, dans certains cas, il n'en reste qu'un court moignon, sans que celui-ci présente toutefois de sensibles modifications dans sa grosseur.

Dans ce stade aussi, les altérations régressives de second degré se trouvent parfois associées à celles de troisième degré. Ainsi, on observe des poils, dans lesquels est survenue la destruction complète du bulbe et de la partie inférieure du collet, comme aussi de la portion de gaine radiculaire interne correspondant à ces parties, et qui présentent, dans la portion supérieure restante du collet, de véritables cavités produites par les foyers de dégénérescence (fig. 7).

On rencontre aussi des poils avec des nœuds de TRICHORRHEXIS, des poils avec MOELLE D'UNE LARGEUR ANORMALE, des poils avec DESTRUCTION DU COLLET, accompagnée de DESTRUCTION COMPLÈTE OU INCOMPLÈTE DE LA GAINE RADICULAIRE INTERNE, en un mot, des poils avec altérations correspondant à celles que l'on rencontre dans le premier stade de la pelade. Relativement à ces altérations il me reste seulement à noter : que les poils avec moelle d'une largeur anormale présentent tous des altérations régressives prononcées, et que parfois aussi ils sont frappés de trichorrhexis ; que, dans certains cas, au niveau de la trichorrhexis, la gaine radiculaire interne, sur plusieurs points, ne présente pas seulement des ruptures, mais encore des cavités plus ou moins étendues (fig. 8, *b*, *b*.).

Cependant, à ce second stade de la pelade, on rencontre, dans les poils avec tige corticalisée, une altération qui n'a pas été observée dans ceux de la pelade au premier stade. Elle consiste dans l'existence, sur un côté de la matrice du poil, d'une CAVITÉ formée par le déplacement de la paroi folliculaire, d'une part, et, de l'autre, par celui des cellules du poil (fig. 9, *a*). Là où cette cavité a son maximum d'extension, elle occupe, en longueur, de un tiers à un sixième environ de la circonférence du follicule correspondant, et sa largeur est à peu près du quart de sa longueur. Elle se maintient seulement sur la hauteur de quelques coupes. Dans la plupart des cas, elle apparaît divisée par une espèce de cloison transversale (*b*). Cette cavité est en grande partie vide ; çà et là seulement on rencontre, à son intérieur, de petits amas de granulations d'albumine, des granulations plus grosses fortement colorées et, plus rarement, des fragments de cellules épithéliales.

Les follicules dans lesquelles on rencontre ces cavités présentent seulement une infiltration de léger degré à leur fond. En aucun cas, la cavité ne correspond au côté du follicule dans lequel prédomine cette infiltration.

Touchant la signification de ces cavités, il semble qu'on doive les considérer comme étant formées par un amas de liquide.

Au fond des follicules contenant les poils avec les diverses altérations décrites, les cellules épithéliales en karyokinèse sont *constamment diminuées de nombre*. En aucun cas elles ne dépassent la moitié de ce qu'elles devraient être, eu égard au degré de développement du poil dans les différents cas. Dans les poils avec collet entièrement détruit, elles font souvent complètement défaut.

Relativement à la *fréquence* de ces diverses altérations des poils avec tige corticalisée, on doit noter que les altérations régressives de troisième degré sont celles qui se rencontrent le plus souvent. Les altérations régressives de premier degré, que l'on ne parvient à constater avec certitude que dans les poils qui ont atteint un certain degré de développement, contrairement à ce qui a eu lieu dans le premier stade de la pelade, s'observent dans un nombre de poils très restreint. De même les altérations régressives de second degré, la trichorrhexis et la destruction complète du collet se rencontrent seulement dans un nombre limité de poils. Dans un petit nombre de follicules également, on trouve des poils follets au lieu de poils. Les cavités entre la paroi folliculaire et la matrice du poil et de la gaine radiculaire interne se rencontrent quatre fois seulement.

Quant aux FOLLICULES PRIVÉS DE POILS, ils se trouvent en proie aux plus différents degrés d'atrophie. Dans le plus grand nombre des cas, celle-ci se maintient à peu près dans les limites de celle qui atteint les follicules après la dépilation. Ce n'est que rarement qu'elle dépasse ces limites, et cela s'observe principalement dans la pelade qui durait depuis quatre ans (cas XIX). Rarement aussi, on rencontre l'ATRÉSIE DU FOLLICULE étendue à une hauteur plus ou moins grande au-dessus de la papille, ou l'atrésie du follicule entier. Ces follicules, plus ou moins complètement atrésiques, se rencontrent principalement dans le cas de pelade qui durait depuis quatre ans et qui vient d'être cité.

Dans ce second stade de la pelade, il existe aussi des ALTÉRATIONS DES GLANDES CUTANÉES.

Dans les cas de pelade XIX et XX (l'affection durait depuis quatre ans dans le premier, depuis cinq ans dans le second), les glandes sébacées, dans une petite partie de follicules, manquent complètement, tandis que, dans les follicules restants, elles existent, mais notable-

ment atrophiées. Dans ce dernier cas, elles apparaissent extrêmement réduites de volume, et, en outre, dans chacune d'elles, on ne compte que deux ou trois acini au plus. Les cellules en dégénérescence graisseuse, qui composent en très grande partie ces acini, n'arrivent pas, dans le plus grand nombre des cas, à un tiers de leur grandeur normale. Dans toutes les autres pelades, qui ne duraient pas depuis plus d'une année, on ne parvient pas à observer des altérations certaines dans ces glandes.

Les glandes sudoripares ne sont altérées que dans un cas de pelade généralisée (XIII). On constate, ici, dans plusieurs de ces glandes, une transformation colloïde de l'épithélium. Le glomérule glandulaire, en totalité ou en partie, est spécialement frappé par l'altération.

Les vaisseaux et les nerfs, dans ce stade de la pelade, comme du reste aussi dans le stade précédent, ne présentent aucune altération.

Existe-t-il un rapport entre les nouvelles altérations rencontrées dans ce second stade de la pelade et l'infiltration de leucocytes précédemment décrite ?

Quant au développement anormal de poil follet, il est probable qu'il est la conséquence des altérations que la présence des leucocytes détermine dans la fonction du follicule et de la papille. En supposant que les cavités rencontrées au niveau du bulbe fussent réellement dues à un amas de liquide, leur formation pourrait aussi se rattacher au trouble circulatoire existant dans les follicules. Au contraire, l'existence d'un rapport entre l'infiltration de leucocytes observée dans la peau et la métamorphose colloïde des glandes sudoripares reste absolument incertaine, du moins jusqu'à présent. Relativement aux glandes sébacées, il est probable que, dans le cas spécial, leur atrophie est due plus au fait de la suppression de leur fonction qu'à la présence de leucocytes à leur fond.

RÉSUMÉ

1° Dans la pelade, la première et la plus importante altération qui se produit dans la peau consiste en une infiltration périvasculaire de leucocytes, qui atteint de préférence la partie inférieure des follicules pileux.

2° A la partie inférieure des follicules, les leucocytes occupent, en totalité ou en partie seulement, la couche connective circulaire. De là, cependant, assez souvent, ils se font route entre les cellules soit de la matrice du poil et de la gaine radiculaire interne, soit de la partie inférieure du collet du poil, soit des gaines radiculaires.

3° Dans la matrice des poils contenus dans les follicules infiltrés

et dans celle de leur gaine radiculaire interne, les cellules en karyokinèse diminuent graduellement en nombre, jusqu'à disparaître complètement.

4° Dans le même temps, les cellules de la matrice et du collet du poil, comme aussi celles de la gaine radiculaire interne, sont frappées de dégénérescence.

5° Dans les points dégénérés, le poil, en allant de la partie supérieure du collet vers le haut, est fréquemment atteint de trichorrhexis.

6° La dégénérescence des cellules du poil est constamment accompagnée de la disparition du pigment.

7° La dissolution des cellules dégénérées entraîne la destruction du bulbe du poil.

8° Le collet du poil, en proie à la dégénérescence, s'affaisse, présente à l'intérieur des foyers de destruction, s'amincit, se désagrège du bas vers le haut et finit par disparaître complètement.

9° La destruction du collet du poil est suivie de celle de la gaine radiculaire interne tout entière.

10° La tige du poil, privée ainsi de ses attaches, tombe tôt ou tard.

11° Après la chute du poil, le follicule subit un degré d'atrophie, qui, le plus souvent, se maintient dans les limites normales. Rarement il arrive que l'atrophie dépasse ces limites, ou que le follicule devienne plus ou moins atrésique.

12° D'ordinaire, à l'intérieur du follicule, dont le poil s'est détaché, s'engendre un poil nouveau.

13° Cependant, si l'infiltration des leucocytes dans le follicule persiste, le poil nouveau, avant qu'il arrive à se faire adulte, est atteint par des altérations régressives analogues à celles dont fut frappé le poil précédent : c'est pourquoi il se détache à son tour.

14° Tant que dure l'infiltration de leucocytes dans les follicules, les altérations régressives se répètent constamment dans les poils de régénération, de sorte que ceux-ci continuent à se détacher avant d'avoir atteint leur complet développement.

15° Parfois, à l'intérieur des follicules infiltrés, alors qu'il devrait se développer des poils, il ne se développe que des poils follets.

16° Dans de rares cas, à l'intérieur des follicules infiltrés, on trouve des poils avec moelle extraordinairement large.

17° Dans le cours de la pelade, on rencontre parfois, entre la paroi folliculaire et la matrice du poil et de la gaine radiculaire interne, des cavités qui sont peut-être dues à un amas de liquide.

18° Quand la pelade dure depuis des années, les glandes sébacées tombent en atrophie, et parfois même disparaissent complètement.

19° Dans de rares cas, les glandes sudoripares sont sujettes à la transformation colloïde.

Ainsi, les présentes recherches, en même temps qu'elles confirment en partie les résultats obtenus par les précédents observateurs, fournissent quelques nouvelles connaissances sur le processus anatomo-pathologique de la pelade. Elles démontrent, en effet, l'existence d'une infiltration de leucocytes dans les follicules pileux et dans le reste de la peau, avant même que la pelade se soit produite (premier stade de la pelade), ce que n'avaient pas encore mis en évidence les recherches faites par d'autres. Elles font connaître, en outre, que, dans la pelade déjà établie (second stade de la pelade) il y a, dans tous les cas, infiltration de leucocytes dans les follicules, tandis que, jusqu'ici, cette infiltration n'avait été remarquée que dans un unique cas (Harris). Elles mettent en lumière, pour la première fois, la part qu'a cette infiltration à la production et au maintien de l'affection dont il s'agit, et elles fournissent des particularités tout à fait nouvelles relativement à son siège dans le follicule, à son extension et à son mode de se comporter en général. Elles confirment aussi l'existence d'une infiltration périvasculaire de leucocytes dans le chorion infrafolliculaire (Harris, Robinson), impliquant parfois une portion des conduits des glandes sudoripares (Harris), montrant de plus que cette infiltration n'a qu'une importance tout à fait secondaire dans la genèse de la pelade.

Relativement aux poils, la démonstration positive et circonstanciée, telle qu'elle a été donnée ici, de l'existence, en eux, d'altérations régressives, n'avait pas été fournie par les observations précédentes. Conséquemment, le fait que les parties dégénérées du poil sont fréquemment atteintes de trichorrhexis n'avait pas non plus été observé jusqu'ici. L'existence, dans les poils d'une grosseur non supérieure à la normale, d'une cavité médullaire présentant une largeur anormale n'avait été, elle aussi, remarquée par personne. De même, la preuve anatomique de l'atrésie des follicules pileux n'avait pas encore été donnée. Les présentes observations confirment, en outre, que les poils de la pelade ont, parfois, la racine amincie (Spiess) et que, assez souvent, ils se rompent et se fendent (Baerensprung).

Quant aux glandes cutanées, les présentes recherches confirment, tout d'abord, le fait de l'atrophie des glandes sébacées (Harris). Elles font connaître, en outre, deux circonstances non mentionnées par d'autres, savoir la possibilité de la disparition des glandes sébacées et de la transformation colloïde des glandes sudoripares.

Par contre, elles n'ont pu confirmer diverses altérations rencontrées par d'autres observateurs. Ainsi, pour en mentionner quelques-unes, je noterai : que, dans aucun cas, la couche cornée de l'épiderme et la gaine radiculaire interne ne présentèrent d'hypertrophie et d'altérations vésiculaires des cellules qui les composent (Malas-

sez); que, dans aucun cas non plus, il ne fut donné d'observer un plus grand développement de la gaine radiculaire externe, ni l'épaississement de la paroi des vaisseaux sanguins (Robinson); et qu'on ne rencontra même jamais l'hypertrophie des glandes sébacées (Armanni).

Turin, 10 octobre 1891.

EXPLICATION DES FIGURES

Pour apprécier à leur juste valeur les altérations qui existent dans les poils représentés dans les planches ci-jointes, il est nécessaire de se rappeler l'état des poils avec tige corticalisée, qui sont représentés dans les planches annexées au travail *sur la régénération des poils*, cité au commencement du présent mémoire.

Les gros points qu'on observe dans les sections longitudinales indiquent la place des cellules en karyokinèse. Dans ces mêmes sections, dans la partie supérieure du collet du poil, la dégénérescence cellulaire est indiquée, sur toute l'extension qu'elle a réellement, par la couleur noire qui lui est propre.

Toutes les figures correspondent à un grossissement de 200 diamètres

PLANCHE 3.

Fig. 1. — Coupe transversale d'un follicule, contenant un poil avec altérations régressives de troisième degré, immédiatement au-dessus de la papille. On aperçoit une légère infiltration de leucocytes autour des vaisseaux d'un côté du follicule, et, à l'intérieur de celui-ci, on constate la disparition du poil et des différentes couches de la gaine rudiculaire interne. On remarque que les cellules épithéliales contenues dans le follicule, sont, pour la plupart, dans un état de dégénérescence initiale; en *a* on en voit quelques-unes en voie de désagrégation.

Fig. 2. — Coupe transversale d'un follicule, contenant un poil avec altérations régressives de second degré, au niveau de la *zona lucida* du poil. On aperçoit une infiltration de leucocytes sur un côté du follicule. Dans le poil on voit : en *a*, les cellules de la *zona lucida* avec dégénérescence initiale; en *b*, les cellules de la même zone avec dégénérescence complète; en *c*, des fragments de la *zona fusca* complètement dégénérée.

Fig. 3. — Coupe transversale du fond du follicule représenté dans la figure 19. On aperçoit une infiltration de leucocytes qui s'étend tout autour de la couche connective circulaire du follicule : la même infiltration se voit aussi dans la papille. En *a*, *a*, *a*, on voit des cellules résiduelles de la couche de Henle au stade de kératinisation verte et noire.

Fig. 4. — Coupe transversale d'un follicule contenant un poil avec altérations régressives de troisième degré, au niveau de l'extrémité inférieure de la *zona fusca* du poil. On aperçoit une infiltration de leucocytes qui occupe presque entièrement la couche connective circulaire du follicule. A l'intérieur du follicule on voit, en *a*, les cellules de la gaine radiculaire interne en voie de dégénérescence; en *b*, des cellules de la *zona fusca* et de la cuticule du poil désunies.

Fig. 5. — Portion atrésique d'un follicule complètement infiltrée de leucocytes.

Fig. 6. — Coupe transversale de la partie inférieure d'un follicule en atrophie avancée. On aperçoit une infiltration de leucocytes dans la couche connective

circulaire et anhiste du follicule, et entre les cellules épithéliales contenues dans celui-ci.

Fig. 7. — Section longitudinale d'un follicule contenant un poil avec altérations régressives de premier degré.

Fig. 8. — Coupe transversale du collet du poil au niveau de la *zona fusca*. On voit cette dernière dans un état de dégénérescence initiale.

Fig. 9. — Section longitudinale d'un follicule contenant un poil avec altérations régressives de second degré.

Fig. 10. — Coupe transversale d'un poil avec altérations régressives de second degré, au niveau de la *zona lucida*. On voit, en *a*, un foyer de dégénérescence cellulaire complète; en *b*, une cavité.

Fig. 11, 12, 13. — Sections longitudinales de follicules contenant des poils avec altérations régressives de troisième degré. Dans la figure 11, on aperçoit, dans le poil, deux nœuds de trichorrhexis, l'une à moitié de la hauteur de la *zona fusca*, l'autre au niveau de la *zona præcorticalis*.

Fig. 14. — Coupe transversale du poil et de la gaine radiculaire interne, au niveau de l'extrémité inférieure de la *zona fusca*. C'est le même poil que celui qui est représenté dans la figure 11. Les taches d'un noir foncé que l'on voit dans le poil représentent des foyers de dégénérescence complète.

Fig. 15. — Coupe transversale de l'extrémité inférieure de la tige du poil et de la correspondante portion kératinisée de la gaine radiculaire interne. C'est le même poil que celui qui est représenté dans la figure 13. On voit que la portion kératinisée de la gaine radiculaire interne est, en grande partie, détruite sur un côté.

Fig. 16. — Coupe transversale de la gaine radiculaire interne, au niveau du nœud de trichorrhexis, qu'on observe dans la *zona fusca* du poil représenté dans la figure 11. On voit que cette zone est en grande partie réduite en fragments.

Fig. 17. — Section longitudinale d'un follicule contenant un poil avec moelle d'une largeur anormale et commencement d'altérations régressives de premier degré.

Fig. 18. — Coupe transversale de la *zona fusca* du poil représenté dans la figure 17. Elle laisse voir la cavité médullaire dans le point de sa plus grande largeur.

Fig. 19. — Follicule contenant un poil avec destruction du collet et de la portion de gaine radiculaire interne correspondant à celui-ci. En *a*,*a* et *b*,*b* on aperçoit des cellules résiduelles de la couche de Henle.

PLANCHE 4

Fig. 1. — Coupe transversale d'un follicule contenant un poil avec altérations régressives de troisième degré, au niveau de la partie inférieure du collet. On voit une infiltration de leucocytes qui occupe, tout à l'entour, la couche connective circulaire du follicule; on aperçoit aussi quelques leucocytes dans la gaine radiculaire externe. On voit en *a* les cellules de la gaine radiculaire interne en voie de dégénérescence et en *b* celles du poil en état de dégénérescence avancée.

Fig. 2. — Coupe transversale du fond d'un follicule dans un cas de pelade généralisée qui durait depuis cinq ans (peau de l'avant-bras). On voit une infiltration de leucocytes dans la couche connective circulaire du follicule, dans la papille et dans la matrice du poil et de la gaine radiculaire interne.

Fig. 3. — Coupe transversale d'un follicule contenant un poil avec commencement d'altérations régressives de premier degré, un peu au-dessus du sommet de la papille. On aperçoit une infiltration de leucocytes qui occupe, tout à l'entour, la couche connective circulaire du follicule. On voit, en outre, des leucocytes, infiltrés çà et là entre les cellules, tant dans le poil, sur toute son extension, que dans la gaine radiculaire interne.

Fig. 4. — Coupe transversale d'un poil avec altérations régressives de troisième degré et de la gaine radiculaire interne correspondante. Dans cette dernière, on aperçoit, çà et là, des amas de leucocytes à l'intérieur des cavités. On voit en *a* les cellules du poil en état de dégénérescence avancée.

Fig. 5. — Coupe transversale d'un follicule contenant un poil avec altérations régressives de troisième degré, au niveau de la partie inférieure du collet du poil. On voit une infiltration de leucocytes qui occupe, tout à l'entour, la couche connective circulaire du follicule. On observe aussi des leucocytes, soit disséminés sur toute l'extension de la gaine radiculaire externe, soit accumulés dans la cavité *a* laissée par une partie des cellules du poil détruit. En *b*, on voit la gaine radiculaire interne amincie; en *c*, les cellules du poil dans un état de dégénérescence avancée.

Fig. 6. — Section longitudinale d'un follicule, dans un cas de pelade généralisée qui durait depuis quatre ans (peau d'un enfant de 9 ans). On observe à l'intérieur du follicule un poil cylindrique.

Fig. 7. — Section longitudinale d'un follicule contenant un poil avec altérations régressives de second et de troisième degré.

Fig. 8. — Coupe transversale de la gaine radiculaire interne, au niveau d'un nœud de trichorrhexis de la *zona fusca : a*, fragments du collet du poil séparés; *b,b*, cavités qui se sont formées dans l'épaisseur de la gaine radiculaire interne.

Fig. 9. — Portion d'une coupe transversale d'un follicule, au niveau de la matrice du poil et de la gaine radiculaire interne. On aperçoit, en *a*, une cavité, laquelle est divisée, en *b*, par une cloison transversale.

UN CAS DE SYPHILIS MALIGNE PRÉCOCE

Par le Dr **A. Brousse**,

Agrégé, chargé du cours de clinique des maladies syphilitiques et cutanées à la Faculté de Montpellier.

Parmi les formes graves que peut revêtir la syphilis, il en est une particulièrement intéressante à connaître, c'est celle qu'on a désignée sous le nom de *syphilis maligne précoce :* elle est caractérisée par la précipitation de l'évolution naturelle de la syphilis, par l'apparition en pleine période secondaire, quelquefois même peu de temps après le chancre, de véritables accidents tertiaires.

C'est à Bazin que l'on doit d'avoir le premier appelé l'attention sur cette forme anormale de syphilis, et la thèse de son élève Dubuc (1) marque une date importante dans l'étude de cette question. Depuis lors, de nombreuses observations ont été publiées en France et à l'étranger : je rappellerai seulement comme travaux d'ensemble la thèse de Ory (1876) (2) et celle plus récente de Baudouin (1889) (3).

Dans ce dernier travail, fait sous l'inspiration de M. le professeur Fournier, l'auteur a pu réunir 62 cas de syphilis malignes précoces et arrive à cette conclusion que c'est là une forme bien moins rare que ne semblent l'admettre les auteurs classiques.

Le fait suivant, dans lequel des accidents de tertiarisme se sont produits moins d'un mois après l'apparition du chancre, nous a paru intéressant à rapporter :

Éruption de rupia, survenue vingt jours à peine après l'apparition du chancre syphilitique; récidives successives et de plus en plus graves (4).

Le nommé F. Jean, âgé de 36 ans, entre le 30 juin 1891, à l'hôpital Suburbain, dans le service de M. le professeur agrégé Brousse et est couché au n° 30 de la salle Ricord.

(1) Dubuc, *Des syphilides malignes précoces*, Thèse de Paris, 1864.
(2) Ory, *Reccherches cliniques sur l'étiologie des syphilides malignes précoces*, Thèse de Paris, 1876.
(3) G. Baudouin, *Contribution à l'étude des syphilis graves précoces*, Thèse de Paris, 1889.
(4) Observation recueillie par M. Lavergne, interne du service.

Cet homme se présente dans un état de cachexie très avancé et couvert d'ulcères infects. Voici son histoire :

Originaire du Puy-de-Dôme, il a exercé, pendant longtemps, la profession de cuisinier, a même séjourné, dans cette condition, pendant onze ans à Paris. Mais depuis deux ans et demi, début de la maladie actuelle, il a dû renoncer à cette profession, et depuis lors, gagne (?) misérablement sa vie en exerçant le métier de colporteur ou de chanteur ambulant.

Antécédents pathologiques. — Rien à noter du côté de la mère, mais le père aurait succombé à 40 ans d'une fluxion de poitrine, après être resté plusieurs années malade (tuberculose pulmonaire?).

Lui-même a présenté, dans son enfance, des manifestations scrofuleuses multiples et à un âge plus avancé il a été traité à l'hôpital Saint-Louis pour un abcès scrofuleux de la joue gauche, qui a laissé une cicatrice caractéristique.

En outre, il avoue que sa profession de cuisinier l'a entraîné à d'assez nombreux excès alcooliques.

En 1875, il contracte un chancre mou, qui s'accompagne bientôt d'un bubon inguinal gauche suppuré.

Depuis lors, il n'avait présenté aucun accident vénérien ni aucune manifestation cutanée, lorsque dans le courant de janvier 1889 il s'aperçoit d'une ulcération de la couronne du gland, pour laquelle il entre, trois jours après son apparition, à l'hôpital de Clermont-Ferrand, dans le service du professeur Ledru. Là, on reconnaît que cette ulcération, qui est petite, peu étendue, est un chancre syphilitique; on institue aussitôt un traitement général par la liqueur de Van Swieten, le chancre est pansé au calomel.

Le malade assure avoir contracté ce chancre avec sa femme : celle-ci serait, d'ailleurs, entrée quelques jours après lui, à l'hôpital, où elle aurait été traitée pour des plaques syphilitiques et des végétations.

Quant au chancre, il guérit rapidement, laissant après lui une cicatrice caractéristique qui persiste encore.

Quinze jours seulement après son entrée à l'hôpital, c'est-à-dire *moins de vingt jours* après l'apparition du chancre (renseignement confirmé par un étudiant en médecine, alors externe dans les hôpitaux de Clermont), en même temps que quelques plaques muqueuses insignifiantes de la bouche, apparaît d'emblée, et sans autre accident cutané, une éruption de bulles, d'abord petites et remplies d'un liquide clair, puis s'élargissant peu à peu et se transformant en larges pustules. Celles-ci ne tardaient pas à se crever et donnaient issue à du pus qui se concrétait en croûtes épaisses, brunâtres, ayant l'aspect stratifié de l'écaille d'huître, caractéristique du *rupia*.

L'éruption commença par la cuisse droite, et se limita pendant cette première poussée aux cuisses et aux genoux.

Le traitement, commencé dès l'entrée du malade à l'hôpital, consista dans l'administration de la liqueur de Van Swieten, à la dose de deux cuillerées par jour.

Au bout de soixante-huit jours, le malade sort guéri de ses accidents, avec des cicatrices superficielles.

Il fait alors le métier de colporteur pendant un mois et cesse tout traitement. Au mois de mai, il est obligé de revenir à l'hôpital pour une nou-

velle poussée de rupia siégeant, cette fois, sur les deux cuisses, la jambe droite et le bras droit. On le traite par l'iodure de potassium à la dose de 3 à 6 grammes par jour. Il sort au bout d'un mois, temporairement guéri.

Au mois de novembre, il rentre de nouveau à l'hôpital, avec une aggravation notable de son rupia, qui s'est étendu aux membres supérieurs et inférieurs et a même envahi le dos. Il ne sort rétabli qu'au bout de trois mois, en janvier 1890.

Au mois de mai suivant, il doit séjourner encore deux mois à l'hôpital, pour une nouvelle atteinte de rupia qui s'est étendu à la tête.

Le 27 décembre 1890, il entre pour la cinquième fois à l'hôpital de Clermont couvert de rupia; il n'en sort que le 21 avril.

Du 21 avril à fin juin, il reprend son métier de chanteur ambulant : une nouvelle récidive le force de nouveau à l'interrompre.

Il vient alors se faire soigner à Montpellier.

État actuel. — Le malade présente l'aspect d'une cachexie profonde : son teint est terreux, sa faiblesse extrême.

Les membres sont couverts de cicatrices larges, à bords arrondis, de couleur blanchâtre; il en existe aussi sur le front et sur le sommet du crâne.

Sur la joue gauche, il porte une cicatrice toute différente, suite d'un abcès scrofuleux pour lequel il fut jadis traité à l'hôpital Saint-Louis.

A côté de ces cicatrices, le malade présente des lésions étendues en pleine évolution. Ce sont des ulcères sanieux, recouverts de croûtes à aspect spécial caractéristique du rupia syphilitique. Elles sont épaisses, stratifiées comme des écailles d'huîtres; au-dessous suinte un pus fétide, baignant une ulcération taillée à pic, entourée par un liséré d'infiltration. Ces croûtes présentent des dimensions considérables : les plus petites mesurent à leur base les dimensions d'une pièce de cinq francs, les plus grandes atteignent presque celles de la paume de la main.

Voici quelle est la distribution de ces pustules de rupia : une à chaque cuisse et à la jambe droite; au membre supérieur droit, une à la partie externe du coude, une très large qui occupe une partie du creux de l'aisselle et empiète sur la région deltoïdienne; au membre supérieur gauche, une pustule très étendue occupant la moitié externe du pli du coude et la partie correspondante de sa face externe, une sur l'épaule gauche à côté du cou; une plus petite sur les bourses au niveau du raphé, enfin une de la grosseur d'une petite noix sur la face supérieure du gland.

On voit que les lésions occupent surtout les membres, le tronc est à peu près indemne.

Au moment où nous examinons le malade pour la première fois, ses plaies, recouvertes de pansements souillés, exhalaient une odeur nauséabonde.

Son état général est peu brillant, il est plongé dans une anémie profonde; mais l'examen des différents viscères ne nous révèle aucune lésion organique, sauf un athérome assez accentué.

Le traitement prescrit est le suivant :

Sirop de Gibert, deux cuillerées par jour. En même temps traitement tonique : vin de quinquina, eau de Pardina, alimentation substantielle.

Localement, faire tomber les croûtes avec des bains amidonnés et des cataplasmes de fécule: appliquer ensuite sur les ulcérations de l'emplâtre de Vigo.

Après quinze jours de ce traitement, la cicatrisation est à peu près complète.

Le 22 juillet, il ne reste plus que la plaque de la cuisse droite dont la cicatrisation ne soit pas tout à fait achevée. L'état général du malade s'est notablement amélioré, et sa guérison paraît assurée à brève échéance.

Le sirop de Gibert est alors supprimé et remplacé par l'iodure de potassium à la dose journalière de 3 grammes; deux bains sulfureux par semaine.

Au bout de quelques jours la cicatrisation de toutes les plaies est parfaite ; il ne reste plus à la place que des cicatrices rouges, épaisses, dont certaines ont l'aspect kéloïdien, notamment au niveau du pli du coude gauche où la cicatrice rétractée empêche l'extension complète du membre.

Le malade reste encore dans le service pour affermir sa guérison; il sort complètement rétabli le 3 septembre, deux mois après son entrée.

En résumé, il s'agit d'un homme de 34 ans, à antécédents scrofuleux et alcooliques, qui, moins de vingt jours après avoir contracté un chancre syphilitique, est atteint d'une éruption de *rupia*, laquelle, malgré des améliorations passagères produites par le traitement, donna lieu, dans l'espace de deux ans et demi, à cinq récidives, de plus en plus sérieuses.

Dans cette observation, plusieurs points méritent d'être plus spécialement mis en lumière.

C'est d'abord l'apparition dès le début de la période secondaire d'accidents cutanés graves, de lésions pustulo-croûteuses, rupioïdes, qui constituent dans l'évolution normale de la syphilis, l'apanage exclusif de la période tertiaire. A ce point de vue, notre cas constitue un exemple remarquable de ces *syphilides malignes précoces*, si bien décrites par Bazin et Dubuc.

C'est ensuite la rapidité avec laquelle ces accidents se sont présentés. Alors que dans la généralité des cas, c'est seulement quarante-cinq jours en moyenne, après le début du chancre, qu'apparaissent les accidents constitutionnels, ici c'est moins de vingt jours après son apparition que se produisent les syphilides pustuleuses. Ce raccourcissement notable de la seconde incubation s'observe assez fréquemment dans les cas de syphilis malignes : Baudouin, sur un relevé de 132 cas de syphilis graves, a noté que 11 fois les accidents avaient apparu avant la fin du premier mois. En pareil cas, il se produit donc une précipitation de l'évolution de la syphilis caractérisée à la fois par l'apparition hâtive des accidents constitutionnels, et la précocité excessive du tertiarisme, qui peut se présenter soit concurremment avec les accidents secondaires, soit même constituer d'emblée la

première manifestation de la maladie, comme dans le cas actuel.

A côté de ces anomalies dans l'évolution de la maladie, il faut signaler la ténacité désespérante de ces accidents, qui paraissent céder, il est vrai, au traitement spécifique, mais seulement momentanément et qui récidivent aussitôt que le sujet cesse de se traiter. Dans notre cas, en deux ans et demi, il ne s'est pas produit moins de six poussées successives de rupia, les dernières plus graves que les premières, ayant toutes laissé leur trace indélébile sur le corps du malade. C'est là, à notre avis, un des facteurs les plus importants de la gravité de ces syphilis malignes, celui qui en fait un danger constant, car il ne laisse en quelque sorte aucun répit au sujet et assombrit considérablement le pronostic de l'avenir.

A quelles causes faut-il attribuer la malignité revêtue par ces formes de syphilis? Faut-il y voir une qualité spéciale du virus, ou bien faut-il seulement incriminer la nature du terrain sur lequel il évolue?

Cette dernière cause était, jusqu'à présent, considérée comme le facteur unique de la gravité.

Pourtant quelques auteurs, comme Diday, Jullien, frappés par certains faits cliniques, se refusaient à admettre que la qualité de la graine ne jouât aucun rôle. Les derniers travaux de pathologie expérimentale semblent leur donner raison : ils ont montré, en effet, que la gravité de la maladie provoquée était en rapport avec le nombre des microbes inoculés, et que d'autre part la valeur pathogène de ces microbes variait suivant leurs milieux de culture. D'où il est permis de conclure que la gravité de toute maladie infectieuse doit dépendre jusqu'à un certain point de la quantité et de la qualité du virus inoculé. Mais ce sont là des éléments bien difficiles à apprécier en clinique, et dans la plupart des cas nous en sommes encore réduits à rechercher du côté du terrain la cause des formes malignes.

En ce qui concerne la syphilis, les âges extrêmes de la vie, les différentes diathèses, les intoxications, la misère, paraissent jouer un rôle prédisposant important. Chez notre malade, plusieurs de ces causes semblent devoir être incriminées : d'abord, il a une tare (peut-être héréditaire) de scrofulo-tuberculose, dont il a présenté plusieurs manifestations caractéristiques; d'autre part, il est manifestement alcoolique; enfin, depuis qu'il a été frappé des premières atteintes de son mal, il vit dans une profonde misère ; toutes conditions qui, en débilitant l'organisme, ont sans contredit contribué à donner à sa syphilis le cachet spécial de malignité qu'elle présente.

La manière dont se présente l'accident initial peut-elle faire prévoir la malignité ultérieure de la syphilis? On l'a prétendu : on a accusé d'une part les chancres extra-génitaux, d'autre part les

chancres gangréneux ou phagédéniques d'être souvent les précurseurs des syphilis graves, d'où l'aphorisme établi le premier par Bassereau : « A chancre malin, syphilis maligne. » Si le fait paraît réel dans certains cas, il est loin d'en être de même dans tous ; en particulier, dans notre observation, l'accident initial siégeait sur les parties génitales et ne présentait aucun caractère de malignité ; il était au contraire peu développé et guérit avec une grande rapidité.

Quel traitement faut-il opposer à ces formes malignes de syphilis ? Certains auteurs ont soutenu que le traitement spécifique, débilitant l'organisme, était en pareil cas plus nuisible qu'utile, que seul le traitement tonique était ici de mise. Nous pensons au contraire, ainsi que l'enseigne le professeur Fournier, que le traitement spécifique répond ici à l'indication majeure, et c'est au traitement mixte qu'on donnera la préférence : nous avons vu, chez notre malade, les plaques de rupia les plus étendues guérir très rapidement sous l'influence du sirop de Gibert et des applications d'emplâtre de Vigo. En même temps, il faut remonter l'organisme affaibli par les toniques, les reconstituants (quinquina, fer, huile de foie de morue, etc.).

Nous pouvons, avec Baudouin, résumer les diverses indications, auxquelles doit répondre la thérapeutique en pareil cas, en disant « qu'elle doit être active, spécifique et reconstituante, dans le triple but de guérir les manifestations de la diathèse, d'en prévenir le retour dans la mesure du possible et de donner à l'organisme les moyens de résister à de nouvelles poussées infectieuses ».

REVUE DES PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Érysipèle employé comme moyen thérapeutique. — O. Lassar. Zur Erysipel-Impfung (*Deutsche med. Wochenschrift*, 1891, p. 898).

La découverte de Koch devait conduire à essayer l'action thérapeutique d'autres poisons bactériens. L'influence de l'érysipèle sur les tumeurs, étudiée par Felheisen, vient en première ligne. Si cette action curative obtenue par le transport direct des cultures avait pu être réglée, il en serait résulté une transformation complète du traitement des tumeurs. Les recherches de Brieger et Fränkel sur les toxines bactériennes ont fait faire un grand pas à la question; elles ont montré qu'un grand nombre de micro-organismes infectieux engendraient des produits albumineux toxiques de composition chimique définie. De pareils produits pouvaient être fournis par les cocci de l'érysipèle et renfermer peut-être la substance ayant une action destructive sur les tumeurs.

L'auteur a fait quelques expériences en collaboration avec le Dr Friedländer. Ce n'est qu'une communication préliminaire, les résultats étant encore incomplets. Il s'agit d'expériences avec des cultures d'érysipèle relativement à leur action destructive sur les sarcomes et les carcinomes. Ces auteurs ont pris des streptocoques d'érysipèle virulents et viables parfaitement purs. On les cultiva pendant plusieurs semaines à une température de 32° à 35° C. Le tout fut mêlé, filtré et stérilisé complètement. Avec ce produit on fit des injections sous-cutanées dans l'oreille d'un lapin. Après l'introduction de 5 centimètres cubes, l'oreille a présenté chaque fois une tuméfaction pâteuse, de la rougeur, et était chaude au toucher. Rien à noter sur le reste du corps, appétit et état général normaux. L'irritation locale persista trois à quatre jours, puis disparut au bout de huit jours avec une légère desquamation. Des doses plus élevées ne provoquèrent pas de symptômes plus accusés. Des injections dans la plèvre ne produisirent également qu'une infiltration circonscrite.

M. Friedländer, après avoir fait une solution au dixième de la liqueur primitive, s'injecta un demi-centimètre cube sous la peau de l'avant-bras gauche. Au bout de cinq heures, il se produisit au point injecté des douleurs assez vives, en même temps qu'une rougeur et une tuméfaction de la dimension d'une pièce de 5 francs en argent. Pas de fièvre. Cependant les douleurs augmentèrent le jour suivant, le gonflement inflammatoire atteignit l'étendue de la paume de la main, céphalalgie, inappétence et insom-

nie. Pas d'albumine, température normale. Au bout de quarante-huit heures, régression des symptômes; le cinquième jour il ne restait plus qu'une légère infiltration. L'effet pathologique proprement dit avait été ici : une irritation érysipélatoïde accusée, limitée au point injecté chez un homme sain.

Partant de là, il s'agissait de voir s'il était possible d'obtenir ainsi la guérison d'un malade atteint d'une tumeur hétéroplasique inopérable, d'un carcinome lupique de la face. Ce malade avait bien supporté une série d'injections de tuberculine depuis le milieu de novembre jusqu'à fin décembre et à ce moment de fortes doses du remède de Koch n'agissaient plus. Un mois après la dernière injection de tuberculine, on fit une injection sous la peau du dos avec la solution diluée au centième; puis avec 2 centimètres cubes de la solution au dixième dont le Dr Friedländer avait supporté 5 centimètres cubes que l'on injecta dans une nodosité de la racine du nez. Au bout de trois heures survinrent des douleurs pulsatiles, mais sans élévation de température, ni symptômes généraux. Une autre injection avec 25 centimètres cubes faite le lendemain provoqua seulement au bout de quatre heures des douleurs pulsatiles ainsi qu'un léger gonflement érisypélatoïde assez prononcé de la partie voisine de la face, gonflement qui avait disparu le lendemain. En continuant les injections, avec augmentation des doses, les symptômes d'irritation allèrent en diminuant. Aucun résultat thérapeutique.

La non-réussite, dans ce cas, n'exclut pas l'espoir d'un résultat final, espoir basé sur l'expérience acquise relativement à l'effet salutaire de l'érysipèle.

A. Doyon.

Lèpre. — Looft. Haut und Muskeln bei der Lepra (Festsch. für D.-C. Danielssen. *Centralblatt für die medizinische Wissenschaften*, 1891, p. 764).

L'auteur a trouvé des bacilles dans les plaques anesthésiques de quatre cas de lèpre anesthésique pure. Les quatre cas représentent différents âges de la maladie — de sept à deux ans. Il excisa des fragments de peau à la périphérie des taches. Dans des coupes de taches anciennes, les bacilles étaient très rares : 1 à 4 dans les coupes (environ 3 millimètres); d'ailleurs quelques noyaux colorés comme les bacilles, bacilles décomposés. Dans les coupes des taches récentes, il y avait de nombreux bacilles, çà et là disposés en petits amas.

Les bacilles avaient tous l'aspect et les propriétés de coloration des bacilles de la lèpre tubéreuse. Ils étaient soit intracellulaires, soit aussi nettement extracellulaires. Les altérations anatomiques de la peau correspondent à la quantité des bacilles et à l'ancienneté des taches. Les infiltrats étaient rares dans le derme, dans les plaques anciennes avec transformation évidente en tissu conjonctif; infiltrats nombreux de cellules épithélioïdes et de cellules rondes dans les plaques jeunes.

Les lésions des muscles dans la lèpre anesthésique présentent, au point de vue clinique, le tableau de l'atrophie musculaire progressive ou très souvent un état analogue.

Looft a aussi examiné au microscope les muscles aux différentes phases de la maladie. Dans les périodes de début, il y a multiplication des noyaux du périmysium interne et simple, atrophie des fibrilles musculaires; ensuite ce tissu conjonctif devient prédominant, et on voit la désagrégation en disques et la transformation graisseuse des fibrilles musculaires.

Dans les cas les plus anciens, les petits muscles de la main s'étaient entièrement transformés en graisse et en tissu conjonctif. Les gros troncs nerveux, ainsi que les rameaux intramusculaires, présentaient, d'après le mode de coloration de Weigert, de la névrite interstitielle, la dégénérescence de la myéline et la disparition des fibrilles nerveuses.

Dans aucun cas, Looft n'a trouvé de bacilles dans les muscles, ce qui est en contradiction avec l'hypothèse de Neisser, que la lésion musculaire serait de nature bacillaire.

L'atrophie musculaire est une suite de la névrite. A. Doyon.

Lèpre traitée par la tuberculine. — D.-C. Danielssen. Tuberkulin, im Lungegaardshospital gegen Lepra angewendet (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1891, t. XIII, pp. 85 et 142).

Danielssen a traité avec la tuberculine 5 malades atteints de lèpre anesthésique, 3 de lèpre tuberculeuse pure et 6 de lèpre tuberculo-anesthésique. Les expériences ont duré quatre mois, du 8 janvier au 8 avril. Il a commencé chez tous par 1 milligramme, et chez quelques malades il a élevé la dose jusqu'à 320 milligrammes. Les injections étaient faites chaque jour, ou bien à un intervalle de plusieurs jours, suivant l'intensité de la réaction. Chez quelques malades, le traitement ne dura pas longtemps, et la quantité de tuberculine employée était encore faible quand il fut nécessaire de s'arrêter, parce que les éruptions dans la forme tuberculeuse, ainsi que dans la forme anesthésique, devenaient si intenses qu'il vit là la même aggravation de la maladie qu'il avait autrefois observée avec l'administration des préparations d'iode.

Il n'a pas eu de cas de mort. Son assistant, le docteur Looft, a fait des examens bactériologiques du sang avant et après les injections, et il constata que, tandis qu'avant l'injection il ne trouvait pas de bacilles dans le sang, il y en avait chez quelques malades après les injections. Les bacilles qui furent observés dans le sang, après l'emploi de la tuberculine, ne présentaient aucun signe d'une dégénérescence quelconque, ils paraissaient même plutôt en bon état.

En somme, la tuberculine employée chez les lépreux provoque d'ordinaire une réaction générale et locale. Cette réaction survient le plus habituellement quatre à six heures après l'injection, plus rarement après douze heures, et ce n'est qu'exceptionnellement qu'on la voit apparaître au bout de deux à trois jours. La réaction locale se manifeste, en général, plus tardivement.

Ces réactions n'exercent aucune action favorable sur la maladie lépreuse; elles aggravent, au contraire, beaucoup l'état du malade.

La tuberculine ne tue pas les bacilles; elle paraît être, au contraire,

THÉRAPEUTIQUE

Dermatol. — Heinz. Ueber das dermatol (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1891, p. 744).

Dans une étude très complète sur le dermatol, ce nouveau succédané de l'iodoforme, Heinz insiste sur l'efficacité de ce remède dans le traitement des diverses variétés d'ulcères, des brûlures, du décubitus, de l'ulcère de jambe. La sécrétion diminue, il se produit des granulations de bonne nature, et une cicatrisation rapide. Le dermatol rend également de bons services dans le traitement des eczémas humides, dans l'intertrigo, etc... Par contre, ce médicament n'est pas indiqué dans les ulcères torpides.

A. Doyon.

Dermatol. — Sackur. Dermatol, ein neues Wundheilmittel (*Berlin klin. Wochenschrift*, 1891, p. 791).

Des expériences entreprises par cet auteur il résulte que :

Le dermatol est un remède facile à employer, inodore, non toxique, favorisant la guérison des plaies récentes, aseptiques, avec granulation des parties molles. Dans des plaies phlegmonneuses récentes ou des abcès récemment ouverts, il ne faut pas employer le dermatol ; mais si la suppuration a été traitée avec des pansements antiseptiques humides de telle sorte que les plaies ont été nettoyées, il accélère la guérison. Le dermatol est le meilleur remède contre les ulcères de jambe (non syphilitiques). On ne doit pas y avoir recours dans les plaies et les ulcérations torpides insuffisamment granuleuses. Le dermatol ne paraît pas avoir les propriétés anti-tuberculeuses de l'iodoforme.

A. Doyon.

Dermatol. — O. Rosenthal. Ueber das Dermatol (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1891, p. 728).

L'auteur a employé le dermatol dans les affections les plus variées de la peau, et il a pu constater les excellents résultats annoncés par Heinz et Liebrecht. Il conseille toutefois de modifier la formule donnée par ces auteurs de la manière suivante :

Dermatol	10
Lanoline	20
Vaseline jaune	70

Il prescrit à la place la pommade suivante :

Dermatol	ââ	2
Oxyde blanc de zinc		
Vaseline jaune		20

En outre, il fait préparer dans sa clinique une pâte à 2 ou 3 p. 100 qui dans beaucoup de cas peut remplacer la pâte salicylée. Elle a sur cette

dernière l'avantage d'irriter beaucoup moins, et d'agir en desséchant plus, sans cependant moins protéger la partie malade.

Dermatol.		2
Oxyde blanc de zinc..	ãã	24
Amidon..	ãã	24
Vaseline jaune		50

Ou bien :

Dermatol.		5
Oxyde blanc de zinc..	ãã	22,5
Amidon..	ãã	22,5
Vaseline jaune.		50

Par ces diverses modifications on voit que le dermatol agit favorablement dans l'eczéma.

Enfin, M. Rosenthal recommande une colle de dermatol et de zinc :

Dermatol.	ãã	5
Oxyde blanc de zinc..	ãã	5
Gélatine		30
Glycérine..		30
Eau..		30

Cette dernière préparation ne se distingue de la formule d'Unna qu'en ce que 5 grammes d'oxyde de zinc sont remplacés par une quantité égale de dermatol. Elle offre l'avantage de sécher très rapidement et de former une couche protectrice efficace et comprimant légèrement. Ses indications correspondent à celles de la pommade de zinc, par exemple dans l'ulcère de la jambe, quand il faut protéger et recouvrir les parties eczémateuses qui entourent l'ulcère. Quand l'onguent a été appliqué, on place par-dessus un léger duvet de ouate, cette couche est tout de suite après enlevée avec les doigts : une très faible partie reste adhérente à l'onguent et forme avec lui un pansement anti-eczémateux occlusif.

M. Eichhoff a employé avec succès le dermatol en poudre ou en pommade à 10 p. 100 dans les affections suivantes : chancres mous et indurés, balanite avec sécrétion abondante, lymphangites, bubons suppurés, gommes ulcérées, furoncles, et dans le traitement de plaies résultant de l'extirpation d'athéromes et de verrues volumineuses.

Dans la blennorrhagie aiguë avec abondante sécrétion ainsi que dans la blennorrhagie chronique il a obtenu d'excellents résultats, dans le premier cas avec de l'eau tenant en suspension 2 p. 100, dans le second 5 p. 100 de dermatol. Ce médicament n'étant pas soluble dans l'eau, il faut l'employer comme le bismuth. Ces injections ne sont pas douloureuses : dans les cas observés par l'auteur, l'écoulement s'arrêtait au bout de peu de jours.

Sur trois cas d'ulcères de jambe, le dermatol donna un résultat nettement satisfaisant dans un cas, dans les deux autres il fut négatif.

Dans un cas de gangrène circonscrite de la verge, la poudre de dermatol amena une rapide délimitation de la partie gangrenée.

Enfin, Eichhoff a employé le dermatol chez un grand nombre de malades atteints d'eczéma. Il s'agissait, soit seulement d'érythèmes, soit de formes aiguës, soit de variétés sèches, squameuses et chroniques ; dans

deux cas, l'eczéma était généralisé; chez un malade, l'eczéma était compliqué de dysidrose des mains et des pieds. Tous ces malades étaient d'âge très différent : plusieurs avaient des eczémas professionnels. Dans la période sécrétante le dermatol était appliqué avec ou sans amidon, dans toutes les autres périodes sous forme de pommade, mais presque toujours de pâte. Chez ces malades l'action du dermatol fut favorable et amena rapidement une diminution des symptômes subjectifs et objectifs. A. Doyon.

Europhène. — P.-G. Eichhoff. Ueber dermatotherapeutische Erfoge mit Europhen, einer neuen Iodverbindung (*Therapeutische Monatshefte*, 1891, p. 379).

L'europhène est une nouvelle substance qui résulte de l'action de l'iode sur l'isobutylorthocrésol en solution alcaline : son nom chimique serait donc iodure de isobutylorthocrésol. C'est une poudre amorphe, de couleur jaune dont l'odeur aromatique rappelle un peu celle du safran; cette odeur est moins perceptible lorsque l'europhène est employée en pommade. Cette substance contient environ 28 p. 100 d'iode. L'europhène est plus soluble dans tous les véhicules que l'aristol et l'iodoforme. Elle est insoluble dans l'eau et la glycérine, mais elle se dissout très facilement dans l'éther et le chloroforme et par conséquent aussi dans le collodion et la traumaticine; elle est également soluble dans l'huile. Il est nécessaire de filtrer l'huile europhénée pour les injections sous-cutanées, en raison d'un composé gélatineux qui s'y forme souvent dans les solutions non filtrées. L'europhène est résineuse au toucher et elle adhère aux muqueuses, à la peau et à la surface des plaies tout aussi intimement que l'aristol et beaucoup plus facilement que l'iodoforme. D'après les observations faites jusqu'à présent l'europhène ne serait pas toxique. Le poids spécifique de l'europhène étant beaucoup plus faible que celui de l'iodoforme, on peut avec une partie de la première substance recouvrir une grande surface aussi bien qu'avec cinq parties de la seconde. Il faut préparer à froid les pommades et solutions, etc. d'europhène.

M. Eichhoff résume ensuite un certain nombre d'observations de malades atteints d'affections vénériennes et syphilitiques dans lesquelles ce nouveau médicament a donné des résultats très satisfaisants. Dans le traitement des chancres mous, du chancre induré, des plaques muqueuses, il a obtenu une cicatrisation rapide soit avec des applications de poudre pure, soit avec la pommade à 2 ou 5 p. 100,

L'auteur a essayé l'europhène dans deux cas de blennorrhagie, mais sans succès. Des injections dans l'urèthre avec une émulsion d'europhène (europhène 1 à 5 grammes, huile d'olive et poudre de gomme 10 grammes, eau distillée 200) ont toujours provoqué une vive irritation avec gonflement de la muqueuse uréthrale et des douleurs pendant la miction.

Il a employé aussi chez des syphilitiques l'europhène en injections sous-cutanées dans la proportion de 1 gramme pour 100 grammes d'huile, chaque jour une seringue pleine, soit 0,015 d'europhène. Ces injections ne sont nullement douloureuses et ne déterminent aucun symptôme de réaction, ni locale, ni générale.

Chez plusieurs malades, il a vu disparaître des accidents syphilitiques sous l'influence seule de ces injections d'europhène. Ce médicament mérite donc une place dans la série des agents anti-syphilitiques.

Quant aux maladies de la peau, M. Eichhoff a constaté que l'europhène n'avait pas d'action sur l'eczéma parasitaire, le psoriasis et le favus; par contre, le nouveau composé iodé a exercé une influence favorable sur l'ulcère de jambe, le scrofuloderme, le lupus exulcérant, les brûlures.

Il faut chercher la raison de ces faits dans cette circonstance que l'iode ne se dégage de l'europhène que lorsque ce médicament est appliqué sur des plaies humides et non sur la surface cutanée sèche : il en est ainsi, comme on le sait, pour d'autres composés iodiques, par exemple l'aristol et l'iodoforme. A. Doyon.

Gallacotophenon. — V. Rekowski. Das Gallacotophenon als Ersatz des Pyrogallols (*Therapeutische Monatshefte*, 1891, p. 487).

Le gallacotophenon a la même constitution chimique que le pyrogallol; toutefois son oxydabilité est beaucoup plus faible, autrement dit son pouvoir réducteur bien moins prononcé. Sa formule chimique est $CH_3 COC_6 H_2 (O H_3)$. Il se présente sous l'aspect d'une poudre légèrement jaune qui cristallise facilement en aiguilles jaunes. Il est à peine soluble dans l'eau froide 0,18 p. 100. Il se dissout facilement dans l'eau chaude, l'alcool et l'éther et en toute proportion dans la glycérine. On peut augmenter sa solubilité dans l'eau froide par l'addition d'acétate de soude.

Expérimentalement, l'auteur a constaté que si à des bouillons de culture datant de six jours de pyocaneus, de prodigiosus et staphylococcus aureus on ajoute du gallacotophenon en solution, de telle sorte que ces cultures en contiennent 1 pour 100, toutes ces variétés de bactéries meurent dans l'espace de vingt-quatre heures.

Cliniquement, les observations sont encore trop peu nombreuses pour pouvoir porter un jugement définitif. A la clinique du professeur v. Intz, à Berne, on a obtenu de bons résultats dans le traitement du psoriasis avec une pommade à 10 p. 100 de gallacotophenon. Cette pommade a en outre l'avantage de ne pas tacher le linge. A. Doyon.

Thiol. — Heinz. Thiol (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1891, p. 801).

Le thiol est analogue à l'ichthyol et son action est la même. On l'obtient en traitant de l'huile de goudron de lignite avec du soufre et de l'acide sulfurique. Voici sa formule : $H\ CL\ SH_2$. Le thiol se trouve dans le commerce sous deux formes : le thiol sec, masse noire, amorphe, très soluble dans l'eau, et le thiol liquide, c'est-à-dire une solution concentrée de thiol à 40 p. 100, rouge brun foncé, sirupeuse.

Le thiol n'est pas irritant et possède, d'après Reeps et Buzzi, les propriétés de l'ichthyol. A l'intérieur on emploie le thiol sec, à l'extérieur sous forme de poudre mêlé à l'amidon, à l'oxyde de zinc, etc. (Buzzi); le thiol liquide, en pommade. Il donne de bons résultats dans le traitement de l'érysipèle, des brûlures, des eczémas, de l'intertrigo, du zoster, etc.

A. Doyon.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Blennorrhagie. — J. Fabry. Ueber eigenthümliche Fäden bei gonorrhoischen Urinfilamente. (*Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1891, t. XIII, p. 149).

Les filaments blennorrhagiques consistent, comme on le sait, en épithéliums et corpuscules de pus; le plus souvent les corpuscules de pus entourent les premiers en plus ou moins grand nombre. On peut conclure de la proportion entre les corpuscules de pus et les cellules épithéliales à la plus ou moins grande intensité de l'inflammation blennorrhagique.

On n'est pas d'accord sur le rapport des gonocoques avec les éléments cellulaires des filaments contenus dans l'urine. Dans la plupart des cas, on constate la présence des gonocoques dans les cellules de pus.

La présence de filaments dans l'urine indique que la blennorhagie est localisée dans les canaux excréteurs des glandes de la muqueuse. Au point de vue pratique, les cas dans lesquels on les a observés sont très rebelles à tous les traitements.

L'auteur a examiné au microscope un grand nombre de filaments urinaires de la blennorrhagie : ils sont les uns homogènes, très réfringents les autres présentent des stries irrégulières, longitudinales et transversales. Quelques-uns sont larges, en forme de ruban; chez d'autres, la largeur est moins accusée. A l'intérieur des filaments il n'y a pas d'éléments cellulaires, parfois leur partie interne est le siège de petites traînées légèrement rougeâtres. Les éléments cellulaires sont souvent ou presque exclusivement dans les espaces intermédiaires, que forment les ramifications multiples des filaments; on les rencontre çà et là sur les filaments, mais non à leur intérieur.

Fabry ne sait rien sur la nature des filaments, il ne croit pas qu'ils soient composés de fibrine comme cela a été dit.

Au point de vue clinique, il pense que ces filaments se trouvent dans des blennorrhagies dont l'évolution est à son déclin ou que l'on peut considérer comme presque guéries. Dans quelques cas il n'existait que çà et là des cellules rondes et des cellules épithéliales dans une assez grande quantité de filaments, dans d'autres il y avait de nouveau de nombreux corpuscules de pus et des éléments épithéliaux et seulement un de ces filaments.

Si l'on admet, quant au pronostic de la blennorrhagie chronique, que l'augmentation des éléments épithéliaux et la diminution des cellules de pus ont la même importance, en ce sens que cela indique un acheminement vers la guérison, il croit que l'apparition des filaments concurremment avec la diminution des éléments cellulaires donne encore de plus fortes raisons d'espérer le décours du processus inflammatoire chronique.

Il résulte de ce qui précède qu'il ne suffit pas de constater la présence dans l'urine des filaments, mais qu'il importe de les examiner au microscope pour apprécier leur nature. A. DOYON.

Blennorrhée. — FINGER. Beiträge zur pathologischen Anatomie der Blennorrhoe der männlichen Sexualorgane (*Archiv f. Dermatologie und Syphilis*, 1891, *Supplément* n° 1, p. 1).

1° *Blennorrhagie uréthrale chronique.*

L'auteur a fait ses recherches au Rudolfspital dans l'hiver 1889 à 1890. Sur 120 cadavres du sexe masculin dont il a examiné les organes génitaux, principalement l'urèthre, il a trouvé trente et une fois, donc dans environ 26 p. 100 des cas, des lésions dues à l'uréthrite chronique. Ces lésions avaient pour siège : *a*) la pars pendula dans vingt-deux cas, *b*) le bulbe dans six cas, *c*) la partie membraneuse dans deux cas, *d*) la partie prostatique dans douze cas. De plus, il a rencontré des altérations dans la prostate sept fois, les vésicules séminales six fois, l'épididyme cinq fois.

Les cas qui rentrent dans cette catégorie se groupent d'après leur localisation comme il suit :

Il existait des foyers d'uréthrite chronique dans :

Pars pendula seule	dans	17	cas.
Pars pendula et bulbe	—	4	»
Pars pendula, bulbe et partie membraneuse	—	1	»
Bulbe seul	-	1	»
Bulbe et partie membraneuse	—	0	»
Partie membraneuse seule	—	1	»
TOTAL		24	»

En examinant ces 24 cas, on constata macroscopiquement les modifications suivantes :

1° *Les altérations de l'épithélium*, qui varient d'un léger trouble à un épaississement notable et coloration blanchâtre; dans les formes plus avancées, elles sont souvent si prononcées qu'elles peuvent à première vue en imposer facilement pour des cicatrices superficielles. On observe beaucoup plus rarement la perte de l'épithélium que son épaississement. Finger n'a jamais vu d'érosions étendues, surtout d'ulcérations, « ulcères blennorrhagiques ».

2° *Altérations du tissu conjonctif sous-épithélial.* La tuméfaction qui, outre l'infiltration, repose sur l'hyperhémie devient indistincte après la mort par disparition du deuxième facteur. Et ainsi dans bon nombre de cas l'auteur ne trouva pas de tuméfaction caractérisée, bien qu'au microscope on vît une infiltration prononcée. Dans quelques cas, il existait en des points circonscrits de petites élevures mamelonnées. Avait-on affaire ici à des granulations? Il est impossible de se prononcer.

3° *Les altérations dans les follicules de Morgagni.* Ces follicules qui dans l'urèthre normal ont l'aspect de très petits points en forme de piqûres se font remarquer ici dans quelques-uns des cas par leur orifice dilaté, ne dépassant pas le niveau de la muqueuse. Dans d'autres cas, cet orifice forme

une saillie et tous les follicules de Morgagni ressemblent à un cratère ou à un petit cône portant à son sommet l'orifice déprimé en forme d'entonnoir. Par contre, dans un autre groupe de cas, les ouvertures des lacunes de Morgagni manquaient complètement, et les lacunes avaient l'aspect de petits nodules blanc laiteux, plats, de la grosseur d'un grain de semoule.

4° Quant aux *cicatrices*, il est souvent impossible de les distinguer macroscopiquement des simples épaississements de l'épithélium. Finger signale, comme Neelsen l'avait déjà fait, le grand nombre d'indurations n'amenant pas de rétrécissements, que l'on trouve dans l'urèthre.

L'auteur passe ensuite à l'examen microscopique des lésions des différents tissus.

a. *Épithélium.*

On ne trouve jamais d'épithélium normal au niveau des foyers de l'uréthrite chronique. La couche supérieure des cellules cylindriques perd sa solidité, les cellules paraissent manquer de cohésion, gonflées et dégénérées. Toutefois la couche des cellules cylindriques peut aussi rester intacte. Mais un phénomène constant, c'est l'expansion très considérable de la couche des cellules polygonales de remplacement. Au lieu de une à deux couches normales, on en trouve quatre, cinq et même plus, dont la plus profonde consiste souvent aussi directement en cellules cubiques inférieures. Mais une des altérations les plus importantes est la transformation de l'épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux. Finger en distingue trois types.

1° L'épithélium est resté le même *in toto*, ce n'est que sa couche supérieure, à une seule couche de cellules cylindriques, qui s'est transformée en une couche d'épithélium pavimenteux également à une seule couche.

2° L'épithélium a un caractère épidermoïdal; il consiste en une couche profonde de cellules cubiques : sur celles-ci on trouve plusieurs couches de cellules semblables à celles du réseau de Malpighi. Elles sont grosses (cellules dentelées), polygonales ou fusiformes par suite de leur pression réciproque, liées aux autres par des dentelures, ou séparées par des espaces interépithéliaux larges.

3° Enfin, l'épithélium consiste exclusivement en une ou en un petit nombre de couches d'épithélium pavimenteux, à noyaux, qui sont analogues à celles des couches épidermiques supérieures. Il faut observer que le premier type n'a pas changé l'aspect transparent, muqueux de l'épithélium, tandis qu'avec le deuxième ou le troisième type l'épithélium a perdu sa transparence, a un éclat blanchâtre, opaque. Le type n° 3 se trouve presque exclusivement au-dessus des callosités ou dans la transformation conjonctive des infiltrats avancés ne consistant qu'en cellules fusiformes. Il y a donc un rapport entre la transformation de l'épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux, et les altérations qui se passent dans le tissu sous-épithélial.

b. *Tissu conjonctif sous-épithélial.*

C'est dans le tissu conjonctif sous-épithélial que se déroulent dans la

blennorrhagie chronique les altérations les plus importantes, décisives pour le sort ultérieur de la muqueuse malade. Dans tous les cas il s'agit ici d'un processus inflammatoire chronique, d'une infiltration d'origine inflammatoire du tissu conjonctif qui a une très grande tendance à se transformer en tissu calleux et cicatriciel. Dans un certain nombre de cas, que l'on peut considérer comme moins invétérés, l'infiltrat consiste en cellules rondes auxquelles sont mêlées beaucoup de cellules épithélioïdes, c'est-à-dire de cellules riches en protoplasma avec de gros noyaux qui se colorent faiblement par le carmin et l'hématoxyline, tandis que les cellules rondes ne possèdent qu'un noyau qui se colore en brun. L'infiltrat dans quelques cas est placé comme une couche mince; seulement, dans les couches supérieures du tissu conjonctif sous-épithélial, il est tantôt lâche, tantôt plus compact; dans d'autres cas, il pénètre plus profondément, disjoint le tissu sous-épithélial tout entier, voire même les couches supérieures du corps caverneux. Il forme dans certains cas, autour des lacunes et des orifices des glandes de Littre, des saillies superficielles, papuliformes, épaisses. Mais constamment dans ces cas on a affaire à un infiltrat diffus. Finger n'a jamais pu voir des infiltrats exclusivement périlacunaires ou périglandulaires, le tissu sous-épithélial restant d'ailleurs intact.

Si l'infiltrat pénètre profondément dans le tissu conjonctif sous-épithélial, on constate une dilatation tout à fait frappante des vaisseaux sanguins. Dans ces cas, on voit sous l'influence de ces deux facteurs survenir en des points circonscrits ces excroissances mamelonnées, cet aspect mûriforme de la muqueuse qui paraissent être identiques aux granulations. Selon Auspitz, la granulation, au point de vue clinique, ne serait que l'expression de l'intensité plus grande du catarrhe chronique. Plus tard les cellules fusiformes l'emportent en nombre sur les cellules rondes, en même temps la substance intermédiaire du tissu cellulaire devient compacte, dure et rétractée et on a alors un tissu dont la structure est semblable à une cicatrice, qui ne procède pas d'une ulcération, mais bien d'une hyperplasie conjonctive chronique.

Si, au début, le tissu conjonctif sous-épithélial est non seulement infiltré, mais encore a proliféré sous forme de saillies mamelonnées dans la suite par la rétraction de l'infiltration, ces aspérités s'aplatissent et s'égalisent et il en résulte une callosité aplatie.

Les récidives, autrement dit les poussées inflammatoires aiguës dans le cours de la blennorrhagie chronique, font partie du tableau clinique de la maladie. Anatomiquement, on trouve dans quelques cas la confirmation. C'est ainsi que dans ces cas à l'infiltrat on voit mêlés, dans le tissu conjonctif sous-épithélial, des leucocytes polynucléaires extravasés des vaisseaux sanguins.

c. *Les lacunes de Morgagni.*

Anatomiquement, les lacunes de Morgagni ressemblent à des dépressions, des enfoncements de la muqueuse uréthrale. L'épithélium des lacunes qui est le prolongement direct de l'épithélium de la muqueuse présente en général les mêmes altérations que la surface libre. Dans les cas où

l'épithélium offre le deuxième type de l'épithélium pavimenteux, la lacune est remplie de cellules épithéliales de ce type. Souvent la production cellulaire remplit complètement la lacune. Dans d'autres cas, le calibre de la lacune est très élargi, au point d'être visible à l'œil nu. Des altérations ultérieures des lacunes ont leur point de départ dans le tissu périlacunaire, notamment la saillie en forme de cratère, élévation avec dilatation de l'orifice des lacunes. On observe une lésion particulière des lacunes quand la rétraction du tissu conjonctif a lieu au voisinage ou prédomine dans les couches supérieures du tissu conjonctif sous-épithélial. L'orifice de la lacune est rétréci, la lacune elle-même prend un aspect pyriforme, puis s'oblitère complètement. La lacune est remplie d'épithélium pavimenteux et elle est séparée de la surface par une couche mince de tissu conjonctif, d'où résulte une espèce de petit kyste qui macroscopiquement apparaît comme un nodule blanc de la grosseur d'un grain de semoule enfoncé dans la muqueuse.

d. *Les glandes.*

Les glandes de Littre sont aussi envahies par le processus inflammatoire, mais à un moindre degré que les lacunes. Les altérations que l'on observe atteignent tantôt le tissu périglandulaire, tantôt les glandes elles-mêmes. L'infiltrat que l'on rencontre dans le tissu périglandulaire consiste dans les cas récents en cellules rondes et épithélioïdes, auxquelles dans les cas plus anciens sont mêlées en grand nombre des cellules fusiformes. Si cet infiltrat se rétracte, il comprime et détruit la glande. Quand il est localisé autour du conduit excréteur, il peut déterminer des dilatations kystiques de ce conduit. Quant à l'épithélium du canal excréteur, il subit en général les mêmes altérations que l'épithélium de la surface libre.

Les lésions à l'intérieur du corps de la glande sont, outre celles indiquées ci-dessus, d'une autre nature. Il se produit une dilatation et une infiltration des cloisons de tissu conjonctif qui séparent les acini. Cet infiltrat et avec lui les cloisons se rétractent et alors à la longue le corps glandulaire disparaît par suite de la prolifération de l'épithélium pavimenteux partant des conduits excréteurs, ainsi que par la rétraction interstitielle et périglandulaire.

e. *Corps caverneux.*

Les lésions du corps caverneux sont encore moins constantes que celles des glandes de Littre. Le plus souvent elles ont leur point de départ dans les glandes de Littre, qui ont leur siège dans le réseau trabéculaire du corps caverneux. Mais l'infiltrat chronique du tissu conjonctif sous-épithélial, quand il envahit ce tissu dans toute sa largeur, ne s'arrête souvent pas nettement à la limite du corps caverneux, il en pénètre les couches les plus supérieures. Les trabécules du corps caverneux sont élargis, traversés de nombreuses cellules rondes, plus tard de cellules fusiformes. Dans quelques cas le corps caverneux est malade dans toute sa largeur.

Il est évident *a priori* que toutes les callosités ne donnent pas lieu à

des rétrécissements. Ceci dépend tout d'abord de leur forme. Une callosité parallèle à l'urèthre, n'atteignant qu'une faible partie de la circonférence du canal, quand même elle s'enfonce profondément, déterminera à peine un rétrécissement. Il en est de même des callosités superficielles, déprimées, à développement excentrique, au-dessous desquelles le corps caverneux est normal.

D'autre part, Dittel, Rokitansky, Förster, etc., prétendent que, dans les cas de rétrécissement, la muqueuse est plus épaisse, blanche, dure, exsangue et forme une seule masse avec le corps caverneux. Le corps caverneux a perdu son aspect réticulé, il est calleux, traversé de cordons de tissu conjonctif durs. Dans d'autres cas, la muqueuse a le même aspect que si elle était le siège d'un rétrécissement, mais elle n'est pas confondue avec le corps caverneux, qui est normal, alors pour ces auteurs il n'y a pas de rétrécissement en ce point. En un mot, si une callosité amène un rétrécissement, cela dépend non seulement de sa configuration, mais encore de sa profondeur. Seules les cicatrices qui pénètrent profondément, dépassent les limites du tissu conjonctif sous-épithélial, envahissant le corps caverneux en totalité ou en partie, paraissent devoir entraîner un rétrécissement.

L'auteur termine cette étude approfondie et consciencieuse de la pathologie de la blennorrhagie chronique par les conclusions suivantes :

1° La blennorrhagie chronique est une inflammation chronique du tissu conjonctif sous-épithélial, qui parcourt deux périodes. Une première période d'infiltration, une deuxième de néoformation de tissu conjonctif, de rétraction de ce tissu et de production de callosités.

2° Outre ces altérations essentielles pour le processus, il existe encore deux séries de symptômes qui représentent soit des complications, soit des phénomènes consécutifs.

3° Comme complications il faut comprendre : la prolifération et la desquamation catarrhale, la dégénérescence muqueuse de l'épithélium de la surface libre et des lacunes ; la maladie des glandes de Littre, la participation du corps caverneux, enfin les poussées inflammatoires aiguës qui se reproduisent de temps en temps et qui disparaissent en général rapidement.

4° Comme phénomènes consécutifs, l'auteur entend au contraire : la transformation de l'épithélium cylindrique en épithélium pavimenteux, la disparition ou l'oblitération des lacunes, la destruction des glandes de Littre.

A ce travail sont jointes 24 observations et 3 planches. A. Doyon.

Blennorrhagie. Inflammations glandulaires. — J. Fabry. Zur Frage der Gonnorrhoe der paraurethralen und præputialen Gänge (*Monatshefte für prakt. Dermatologie*, 1891, t. XII, p. 1).

Deux points sont intéressants à étudier, savoir : si les inflammations glandulaires consécutives à la blennorrhagie sont provoquées directement ou indirectement par l'invasion des gonocoques; si le gonocoque peut ou non pénétrer dans l'épithelium pavimenteux ?

Il résulte de deux observations rapportées par l'auteur et de ses re-

cherches que le gonocoque pénètre dans les glandes et y détermine une inflammation catarrhale, mais non suppurative. Il occasionne dans les glandes où il est implanté une inflammation chronique qui parfois produit une poussée aiguë, se traduisant par une augmentation de la sécrétion.

Il faut faire surtout remarquer comme une différence très importante que des inflammations ganglionnaires survenant à la suite de blennorrhagie, par exemple de l'aine ou de la racine du pénis, souvent ne produisent pas de suppuration, qui est le résultat d'une infection mixte ou due à la présence d'autres cocci.

C'est dire que toutes les inflammations glandulaires qui surviennent comme complication de la blennorrhagie ne sont pas provoquées par l'invasion des gonocoques. Ce serait une vue non fondée; mais l'auteur pense que, en ce qui concerne les glandes qui débouchent directement dans le canal de l'urèthre, spécialement les glandes de Littre, le gonocoque est en état de les envahir, de les infecter et d'y entretenir l'inflammation.

La question très débattue de savoir si les gonocoques peuvent pénétrer au travers d'un épithélium pavimenteux à couches superposées nous intéresse ici beaucoup moins que de savoir comment les cellules lymphatiques contenant des gonocoques pénètrent à la partie interne de la glande.

A. Doyon.

Blennorrhagie. Ophthalmie. — Vanderstraeten. Des affections oculaires de nature blennorrhagique (*Archives médicales belges*, juillet 1891, p. 1).

Jeune homme de 20 ans pris, quinze jours après le début d'une blennorrhagie, de conjonctivite bilatérale avec sécrétion muco-purulente très peu abondante, ne renfermant pas de gonocoques; au bout de huit jours, alors que la conjonctivite était en pleine résolution, début d'une arthropathie grave du genou droit, trois jours plus tard d'une arthropathie du genou gauche; vingt jours après le début des accidents, nouvelle conjonctivite avec exsudat également muco-purulent peu abondant et dépourvu de gonocoques, puis kératite et iritis.

A propos de cette observation, l'auteur étudie les manifestations oculaires de la blennorrhagie; il n'y range pas la conjonctivite granuleuse, car il n'a jamais trouvé le gonocoque dans ses sécrétions et il en décrit deux formes : 1° conjonctivite purulente due au dépôt direct du gonocoque sur la muqueuse oculaire; 2° iritis et conjonctivite bénigne, qui coïncident ordinairement avec les arthropathies blennorrhagiques, dont les exsudats ne renferment pas de gonocoque et qui est due, comme les arthropathies blennorrhagiques, à une infection générale de l'organisme (par le gonocoque ou par un ferment?). Georges Thibierge.

Balano-posthite. — Berdal et Bataille. Sur une variété de balano-posthite inoculable, contagieuse, parasitaire. La balano-posthite érosive circinée. (*La Médecine Moderne*, 30 avril, 14, 21 et 28 mai 1891, p. 340, 380, 400 et 413.)

Ce mémoire est destiné à établir l'existence d'une forme spéciale, inoculable, contagieuse et parasitaire, de balano-posthite.

L'inoculation, rarement appliquée à l'étude de la balano-posthite, y a donné des résultats tantôt négatifs (Ricord, Puche), tantôt positifs (Bartholdi, Vidal).

MM. Berdal et Bataille ont repris la question et, afin d'éviter tout accident regrettable, ont eu soin de faire leurs inoculations sur des sujets syphilitiques. En pratiquant l'inoculation sur la muqueuse balano-préputiale, ils ont obtenu au bout de vingt-quatre heures au point piqué une rougeur avec très léger suintement; le deuxième jour, le point rouge était entouré d'une zone blanche sans apparence de vésicule; après quarante-huit heures, on constatait une érosion comme une tête d'épingle, avec une zone blanche plus accusée; le cinquième et sixième jour, l'érosion régulièrement arrondie, de diamètre variable, sécrétait une sérosité louche, elle était toute superficielle, à fond lisse, de couleur rouge vif, à bords linéaires nettement tranchés, taillés à pic; son contour était dessiné par un mince liséré blanchâtre, extrêmement friable, un peu soulevé et retroussé en dehors; les jours suivants, ce bourrelet blanc s'étendait excentriquement. Des lésions analogues se développaient à la suite de l'inoculation par piqûre, par dépôt à la surface de la muqueuse ou par grattage. L'inoculation ne peut se faire que sur la muqueuse balano-préputiale et non sur la peau, ce qui explique les essais infructueux de Ricord. Elle ne réussit que quand le gland est plus ou moins couvert.

En inoculant sur le prépuce d'un syphilitique du pus de chancre induré ou sur le prépuce d'un sujet quelconque du pus de blennorrhagie ou de balano-posthite banale produite par un agent irritant quelconque, on n'obtient pas le développement de ces lésions; l'inoculation du pus de chancre mou sur la muqueuse balano-préputiale produit un chancre mou et pas autre chose.

L'inoculation peut se faire en série et elle réussit surtout bien avec les produits d'une balanite en plein développement.

L'inoculabilité de cette forme de balanite doit faire présumer qu'elle se transmet par contagion : contrairement aux balanites irritatives diffuses, qui se produisent toujours spontanément et sous la seule influence de causes propres à l'individu, la balano-posthite circinée se transmet en effet toujours par contagion; cette contagion ne s'exerçant que dans le coït, c'est par conséquent une maladie vénérienne proprement dite; ce qui peut faire méconnaître cette origine, c'est que les malades, ne souffrant pas, ne s'aperçoivent de la présence des lésions que huit, dix, vingt jours ou même un mois après avoir vu une femme, quand ils se mettent à couler et que leur prépuce s'enflamme.

La nature parasitaire de cette balanite ne peut faire de doute, en raison de la forme des érosions et de sa reproduction à la suite des inoculations; aucun des parasites qu'on y rencontre ne peut être définitivement considéré comme doué de propriétés spécifiques; seule peut-être une spirille constatée par MM. Berdal et Bataille, pourrait-elle être considérée comme l'agent pathogène de la balano-posthite ulcéreuse : en effet, on la trouve en abondance et constamment dans le pus de cette balanite où elle persiste en grande quantité après le lavage du prépuce et du gland, elle manque dans le pus des balanites irritatives diffuses et dans les autres

sécrétions morbides des organes génitaux ou ne s'y rencontre qu'en petit nombre et y est très grêle, et sur les coupes histologiques du gland altéré on constate sa pénétration entre les cellules épithéliales. Cette spirille, qui se colore par le bleu de Kuhne, par la méthode de Löffler, par la solution aqueuse de fuchsine et de rubine, par le violet de gentiane, ne se colore pas par les méthodes d'Ehrlich, de Gramm, de Kuhne, de Weigert et de Malassez. L'impossibilité de la cultiver, et par suite de l'inoculer, impose de grandes réserves sur son rôle, elle semble cependant avoir une grande importance dans le processus de destruction épithéliale.

Cliniquement, cette forme de balanite se traduit par des érosions qui apparaissent d'emblée lorsque le pus virulent se dépose sur un prépuce déjà altéré ou qui succèdent à des modifications préalables de la muqueuse et se présentent alors sous la forme de taches blanc jaunâtre disparaissant facilement par le frottement. Les érosions ont une forme régulièrement arrondie, de diamètre variable, un fond lisse, rouge vif, recouvert de sérosité louche, des bords linéaires nettement tranchés et taillés à pic; elles sont très superficielles; leur caractère le plus spécial consiste dans la présence sur leur contour d'un mince liséré blanchâtre, extrêmement friable, qui paraît comme soulevé et retroussé en dehors. Une fois formées, ces érosions manifestent une tendance extensive, centrifuge, tout en conservant une forme circulaire ou tout au moins ovalaire, allongée; la réunion de plusieurs érosions voisines donne à leur contour une apparence polycyclique qui se différencie de celle des érosions consécutives à l'herpès par la grande étendue des cercles constituants. L'envahissement du gland se fait, à partir de la rainure glando-préputiale, d'une façon assez régulière; la sécrétion morbide, peu abondante et séreuse tant que le sillon n'est pas dépouillé de son épithélium, devient alors plus abondante, plus crémeuse, mouille l'orifice préputial et tache le linge; l'érosion gagne peu à peu la face interne du prépuce et la surface du gland; des érosions secondaires se développent sur la couronne et y forment des cercles incomplets. Le prépuce rougit, la verge s'œdématise, l'écoulement devient jaune ou jaune verdâtre, purulent, d'odeur nauséeuse et tache abondamment le linge, il détermine des auto-inoculations successives. Le gland offre alors une couleur lie de vin avec des marbrures plus sombres, des érosions et des taches multiples de toutes dimensions entre lesquelles on trouve encore des îlots de muqueuse saine à bords déchiquetés : ces îlots sains diminuent d'étendue et finissent par disparaître complètement et il ne reste plus, de toute la muqueuse glando-préputiale, qu'une mince collerette épithéliale qui entoure le méat. Vers le vingtième ou vingt-cinquième jour, les symptômes (douleurs, cuisson, œdème) sont portés à leur summum. Une fois arrivée au méat, l'érosion s'arrête, la muqueuse se répare en quatre ou cinq jours et s'il s'y reforme de nouvelles érosions, elles sont peu vivaces et disparaissent rapidement. Les rechutes ne sont pas rares, à la reprise du coït, ou à la suite d'écarts de régime, ou sans cause appréciable.

La maladie est plus intense et plus persistante lorsque le gland est couvert, elle est également plus intense chez les sujets jeunes et se développe très souvent à l'occasion du premier coït.

On en rencontre ordinairement 2 ou 3 cas sur les 80 à 120 malades

qui se rendent à chacune des consultations externes de l'hôpital du Midi.

Elle s'accompagne quelquefois de lymphites ou d'adénites apparaissant tardivement, fugaces, multiples, indolentes, non suppurantes.

Le diagnostic est ordinairement facile : dans les cas douteux, un badigeonnage au nitrate d'argent peut être utile, en accentuant nettement les contours circinés.

Le nitrate d'argent, le sublimé, l'acide phénique fort amènent rapidement la guérison; le chloral, l'acide borique, la résorcine, les poudres sont au contraire sans action. GEORGES THIBIERGE.

Bubon. Traitement abortif. — E. WELANDER. Versuche einer Abortivbehandlung der Bubonen (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1891, p. 43).

L'auteur emploie, pour ce mode de traitement, le benzoate de mercure, d'après la formule de Lieventhal. On prépare une solution à 1 p. 100, qu'il additionne ensuite de 0,5 p. 100 de chlorate de soude. Il fait ensuite une ou deux injections suivant le volume du bubon, chaque fois avec 50 centigrammes de cette solution. Ces injections sont faites avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires; après chaque opération, on recouvre le bubon avec de l'ouate imbibée d'une solution de sublimé, puis on place un bandage compressif. Si la peau est rouge, enflammée, l'auteur la fait badigeonner avec une solution d'ichthyol (1 sur 2 à 3). Le malade doit autant que possible garder le repos, de préférence au lit.

Les effets de l'injection sont, les premiers jours, quelques douleurs et de la sensibilité; un infiltrat de peu d'importance, qui ultérieurement n'augmente pas, et par conséquent n'empêche pas le malade de vaquer à ses occupations.

Welander a pratiqué les injections soit dans des bubons déjà suppurés, soit dans des bubons où la fluctuation n'était pas encore bien manifeste, et dans lesquels on pouvait supposer une infiltration purulente disséminée dans les ganglions et dans le tissu péri-ganglionnaire. Ce n'est que dans deux cas qu'il a fait une injection où un seul ganglion était tuméfié depuis quelques jours. Dans tous les autres cas, plusieurs ganglions étaient engorgés, ainsi que le tissu péri-ganglionnaire et les bubons en voie de développement au moment où l'auteur commençait le traitement. Dans deux cas, il fut nécessaire de recommencer l'injection.

L'auteur a appliqué sa méthode dans 41 cas, mais 8 concernant des bubons suppurés, il ne les fait pas entrer en ligne de compte, l'injection dans les abcès ne donnant pas de bons résultats.

Dans les cas, au contraire, où le bubon et la fluctuation (infiltration purulente) se sont développés de jour en jour sans qu'il se soit produit une collection purulente, l'auteur a obtenu des résultats satisfaisants dans 30 cas sur 33, à savoir 91 p. 100. Il considère aussi comme complètement favorable le résultat qu'il a obtenu dans plusieurs cas, où, pendant un ou deux jours, quelques gouttes de pus sont sorties par l'ouverture de l'injection; malgré cela, le bubon a été rapidement résorbé sans laisser de cicatrice ou une autre altération de la peau. A. DOYON.

Bubon. Traitement abortif. — Ed. Welander. Ueber Abortivbehandlung von Bubonen mittels Einspritzungen von benzoesaurem Quecksilberoxyd (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1891, p. 379).

Les expériences de l'auteur sur le traitement abortif des bubons portent actuellement sur 100 cas. Il a déjà été question des 41 premiers cas. Sur les 59 cas qui font l'objet du travail actuel, 40 ne présentaient pas de fluctuation, ou seulement une fluctuation insignifiante; dans 12 cas, elle était assez marquée. Sept cas qui n'ont pas donné de résultat favorable sont encore en traitement; dans deux de ces cas, on sentait très nettement la fluctuation au moment de l'injection.

Sur les 100 bubons ainsi traités, le résultat a été complètement satisfaisant dans 78 cas.

L'auteur a employé la préparation suivante :

	grammes.
Benzoate de mercure	1
Chlorate de soude	0,3
Eau distillée	100

Voici les conclusions que Welander déduit de ses recherches :

1° Si le bubon est virulent, une injection de benzoate de mercure ne peut pas empêcher son développement — il suppure.

2° Si la fluctuation est prononcée, la peau amincie et rouge bleu, l'injection ne peut être utile qu'en ce sens que l'infiltration disparaît plus rapidement, mais, en général, il faut ouvrir le bubon.

3° S'il y a une fluctuation assez marquée, mais que la peau, quoique rouge, soit encore épaisse et saine, il est probable qu'en faisant une injection dans les parties avoisinantes infiltrées du bubon (à peu près dans 50 p. 100 des cas) il ne sera pas nécessaire de recourir à l'incision.

4° S'il n'existe pas de fluctuation ou seulement une fluctuation insignifiante, il est extrêmement probable (dans 90 p. 100 des cas) que, quand même pendant quelques jours la fluctuation serait sensible et que même pendant deux jours quelques gouttes de pus pourraient s'échapper de la piqûre, le bubon disparaîtrait sans laisser dans la peau la plus légère cicatrice.

A. Doyon.

REVUE DE SYPHILIGRAPHIE

Syphilis de l'appareil digestif. — J.-B. Lasse. Prolapsus rectal d'origine syphilitique (*Vratch*, 1891, n° 12, p. 309).

L'auteur rapporte l'histoire d'un soldat qui dès l'âge de dix-sept ans souffrait de prolapsus du rectum rebelle à tout traitement. Chez ce malade, la syphilis héréditaire est assez probable. Le père est mort de cause inconnue, la mère vit encore. Sur douze enfants, les neuf premiers sont morts en bas âge, la dixième à l'âge de treize ans, et ne sont restés en vie que le malade et sa sœur. Cette dernière était souvent atteinte d'adénopathies. Le malade lui-même présente, dès l'âge de six ans, un « abcès » dans la région scapulaire gauche qui donne de temps en temps du pus : la fistule ne se ferme pas malgré tous les médicaments employés. Il souffre aussi des douleurs térébrantes dans les jambes s'exaspérant la nuit; chute des cheveux. Ayant exclu les causes ordinaires du prolapsus rectal, l'auteur s'arrête au diagnostic de prolapsus d'origine syphilitique et considère le prétendu abcès comme une gomme ramollie. Ce diagnostic est corroboré par la présence des ganglions tuméfiés et indolores à la région inguinale et au cou. Il prescrit des frictions d'onguent napolitain et de l'iodure de potassium. Les résultats obtenus sont excellents : après trois mois et demi de traitement (89 frictions à 2 gr. d'onguent napolitain chacune et 210 gr. d'iodure de potassium à l'intérieur), le prolapsus disparaît complètement, la fistule scapulaire se ferme, les ganglions sont à peine perceptibles et les douleurs térébrantes cessent tout à fait; l'état général est notablement amélioré.

En l'absence complète de gommes dans le tissu cellulaire périrectal et les muscles qui retiennent le rectum à sa place (sphincters et muscle releveur de l'anus), de même que dans l'intestin lui-même, l'auteur attribue le prolapsus aux altérations morbides que l'on observe dans le stade initial de la troisième période, c'est-à-dire à la prolifération cellulaire du tissu conjonctif périrectal et des sphincters et du releveur de l'anus.

On sait que très souvent il est impossible d'assigner une cause plausible au prolapsus rectal et que dans ces cas il ne cède pas aux traitements employés. Or, dans la littérature on ne trouva pas de cas de prolapsus attribuables à la syphilis. N'est-il pas probable qu'un grand nombre de prolapsus inexpliqués ressortissent de la syphilis et que si la syphilis n'est pas signalée parmi les causes de cette affection, c'est parce que l'on n'y a pas songé? En tout cas, ce n'est que par exclusion que l'auteur est arrivé à son diagnostic. Il faut donc toujours penser à la possibilité de la syphilis comme cause de prolapsus rectal rebelle et il n'est pas trop hasardeux de soutenir qu'elle occupera un rang assez élevé dans l'étiologie de cette affection.

Zaguelmann.

Syphilis des muscles. — FEULARD. Los tumores sifiliticos de los musculos (*Revista de Dermatologia*, etc. Madrid, 1891, p. 241).

La syphilis peut se localiser sur les muscles à ses différentes périodes et sous diverses formes. Tantôt le muscle est envahi en entier : il est comme infiltré par l'exsudat syphilitique et transformé en un corps dur, mais sans noyau de tuméfaction ; c'est la myosite syphilitique qui se montre ordinairement à la période tertiaire. Parfois, elle se montre plus tôt et elle détermine, sur le muscle biceps notamment, une véritable contracture sans lésion apparente du muscle et quelquefois sans douleur. L'auteur en cite quelques faits ; puis il passe à l'étude des gommes musculaires. Elles peuvent envahir tous les muscles, mais surtout les muscles des membres inférieurs : les muscles de la région postérieure de la jambe sont le vrai siège de prédilection des gommes. L'auteur en rapporte une observation : il s'agissait d'une gomme du jumeau interne. La seule gomme musculaire, imputable à la syphilis héréditaire, qu'ait observée le Pr Fournier, est précisément une gomme du jumeau interne. A la cuisse, c'est surtout le triceps qui est envahi. Les gommes musculaires sont moins fréquentes aux membres supérieurs et, chose remarquable, le biceps qui est le muscle sur lequel se développe, pour ainsi dire, exclusivement la contracture syphilitique semble presque toujours respecté par les gommes. Ceux-ci peuvent aussi se rencontrer sur les muscles du tronc, mais après les muscles du mollet, les muscles les plus fréquemment atteints sont les sterno-mastoïdiens. Cette prédilection semble due au rôle actif qu'il joue, et la règle qui veut que ce soient les extrémités inférieures de ces muscles qui soient surtout intéressées reçoit ici sa pleine confirmation. D'autres muscles de la région du cou peuvent aussi être atteints. L'auteur rapporte une observation d'un cas de gomme probable du muscle sus-hyoïdien. L'apparition de ces gommes est sourde et insidieuse ; la marche est chronique : le plus souvent elles se terminent par résorption si le traitement intervient à temps ; mais si elles sont par trop anciennes, elles se terminent par induration, après la disparition des parties les plus récentes de la néoplasie. Bouisson croyait à leur ossification. Dans certains cas, il peut se produire une ulcération qui amène la destruction d'une partie des fibres musculaires et consécutivement des désordres irrémédiables dans l'état du muscle, des attitudes vicieuses, un vrai torticolis cicatriciel. La marche lente de ces néoplasies, le peu de douleur qui les accompagne, la tuméfaction difficile à limiter qu'elles présentent, les font souvent prendre pour des tumeurs de mauvaise nature, pour des cancers ou du sarcome. Il convient donc de chercher à éviter de semblables erreurs et, dans les cas douteux, de prescrire le traitement spécifique dont l'action bienfaisante a guéri plus d'un prétendu cancer.

PAUL RAYMOND.

Syphilis des articulations. — RASCH. Beiträge zur Kenntniss der syphilitischen Gelenkkrankheiten (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1891, p. 91).

L'auteur publie trois cas d'affection syphilitique des articulations dans

lesquels la nécropsie a été faite. Les observations de ce genre sont rares, aussi le résumé des faits rapportés par Rasch mérite-t-il d'être consigné dans les *Annales*.

Chondro-arthrite syphilitique. Cette forme de maladie syphilitique des articulations est caractérisée soit par une ulcération circonscrite et une altération du cartilage avec formation d'excroissances villeuses (dans les trois cas rapportés par l'auteur, ainsi que dans ceux d'Œdmanson et Gies), soit par la présence dans le cartilage de cicatrices blanches, rayonnées, déprimées, soit par l'épaississement diffus de la membrane articulaire et la prolifération des villosités. Comme la maladie paraît intéresser dans tous les cas la capsule ainsi que le cartilage, Rasch propose de désigner cette affection sous le nom de chondro-arthrite syphilitique, chrondrite syphilitique de Virchow et arthrite syphilitique hypertrophique chronique de Gies et Finger.

Cette forme de maladie articulaire paraît être la même que celle décrite par Virchow en 1884 et par Schüller en 1887.

Quand cette affection est simple, il n'existe pas de lésions osseuses ; elles peuvent toutefois survenir en cas de complication d'ostéite ou d'ostéomyélite syphilitiques. Dans un cas de Gangolphe il y avait aussi des pertes de substances du cartilage ; mais ces lésions étaient consécutives à une ostéite gommeuse centrale.

Il est probable que les ulcères des cartilages proviennent d'infiltrations gommeuses et que les cicatrices blanches, rayonnées, sont consécutives à ces processus inflammatoires. Ceci confirmerait l'hypothèse de Virchow qui a signalé la ressemblance existant entre ces rétractions cicatricielles et les cicatrices que l'on observe dans d'autres organes à la suite de gommes.

Les symptômes subjectifs sont en général peu prononcés ; dans un cas, ils étaient si peu intenses que le malade ne se plaignait nullement de l'articulation affectée et ce n'est que par un examen attentif de tout le corps qu'on découvrit la lésion articulaire ; un autre malade accusait seulement de légères douleurs dans le genou.

L'auteur rapporte encore deux autres cas d'arthrite syphilitique du genou qui ont guéri sous l'influence du traitement spécifique. Ici la maladie était caractérisée en tant que symptômes essentiels par une tumeur capsulaire diffuse assez molle, les mouvements n'étaient que relativement limités et la douleur d'une intensité variable n'était pas augmentée par ces mouvements. L'auteur signale encore un symptôme que l'on n'observe pas d'ailleurs dans les affections syphilitiques des articulations, la contracture de l'articulation, laquelle est indiquée dans deux cas. Presque toujours les deux genoux sont atteints.

Le diagnostic de cette affection est surtout difficile d'avec la périarthrite gommeuse (Lancereaux, Defontaine, Méricamp). A. Doyon.

Syphilis osseuse. — R. Jasinski. Ueber syphilitische Erzankungen der Wirbelsäule (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1891, p. 409).

L'auteur, s'appuyant sur quelques observations personnelles et sur d'autres faits recueillis dans les auteurs, cherche à défendre l'opinion :

1° que la syphilis de la colonne vertébrale se manifeste sous les formes de périostite, d'ostéite gommeuse, de carie, d'exostose et de nécrose, 2° que c'est une maladie dont l'existence ne saurait être mise en doute, mais qui cependant est relativement très rare.

A priori, l'auteur admet que la tuberculose primaire des os ne survient que chez les individus qui sont dans la période de croissance. Chez les adultes elle n'apparaît que secondairement dans les vertèbres, et, dans ce cas, on la rencontre facilement aussi dans les poumons, le larynx, etc. Dans les cas où il n'y a aucun signe de tuberculose dans les organes internes chez un adulte avec gibbosité spondylitique ou d'autres symptômes du mal de Pott, il admet une néoplasie ou la syphilis. S'il y a des gommes sur les jambes ou d'autres manifestations de la syphilis, il rejette le néoplasme Si même ces signes de syphilis font défaut, il prescrit l'iode et la pommade mercurielle, et si ces médicaments agissent, il peut exclure le carcinome, le sarcome, etc. Dans quelques cas, enfin, on peut diagnostiquer un néoplasme, sans avoir recours à l'intervention de l'iode et du mercure, par la marche, la croissance, les symptômes, etc. A. Doyon.

Syphilis cérébrale. — Tarnowsky. Die Syphilis des Gehirns und ihre Beziehung zu anderen Erkrankungen des Nervensystems (*Archiv für Dermatologie und Syphilis*, 1891, p. 385).

La question des rapports entre le tabes, la paralysie progressive et la syphilis est encore très discutée, bien que depuis quelques années on incline de plus en plus à admettre le rôle prépondérant de la syphilis dans l'étiologie des maladies nerveuses. Le traitement de la syphilis et principalement de la syphilis cérébrale est plus que jamais à l'ordre du jour; dans tous les congrès, cette question est agitée, discutée. Dans la dernière réunion des médecins russes à Moscou, le professeur Tarnowsky s'est élevé avec une grande énergie contre cette doctrine que chez un syphilitique toute affection nerveuse serait un effet, une conséquence de la syphilis et était toujours justiciable du traitement spécifique.

Cette tendance à considérer la syphilis comme la cause des maladies du système nerveux a fait oublier en apparence un caractère fondamental de cette maladie, à savoir qu'elle n'exclut pas un seul processus pathologique. On sait que toutes les maladies non spécifiques de la peau peuvent survenir aussi chez des syphilitiques sans perdre leurs symptômes caractéristiques, de même toutes les affections possibles du système nerveux peuvent se développer chez un homme qui a la syphilis.

En présence des immenses progrès qu'ont faits la neuropathologie et la clinique, principalement en France et en Angleterre dans ces dernières années, on remarque d'autant plus le côté faible d'un diagnostic qui se base sur les anamnestiques et les phénomènes qui en découlent, c'est-à-dire sur la coïncidence purement accidentelle de symptômes morbides. Un diagnostic clinique et scientifique ne doit pas, à l'heure actuelle, s'appuyer sur des coïncidences, mais sur l'étude des manifestations nerveuses elles-mêmes, leur développement, les particularités de leur évolution, etc., enfin sur la somme de toutes les manifestations morbides de l'organisme atteint.

Chez bon nombre de tabétiques atteints de troubles persistants, chez lesquels dans le cours de cette affection il est survenu des symptômes syphilitiques incontestables sur la peau, les os et les muscles, Tarnowsky a observé constamment, sous l'influence de la cure mercurielle, une aggravation des phénomènes tabétiques et une marche plus rapide du processus. En plus, il n'a jamais constaté de véritable arrêt sous l'action de traitements mercuriels réitérés commencés de bonne heure; par contre, sans ce traitement, il a vu souvent la maladie enrayée chez des tabétiques chez lesquels la syphilis existait dans les antécédents.

Selon Tarnowsky, l'apparition fréquente de la paralysie progressive et du tabes chez des syphilitiques tient à l'action déprimante que la syphilis exerce sur un organisme prédisposé déjà à certains processus pathologiques du système nerveux. La prédisposition au tabes et à la paralysie progressive existe depuis la naissance et ne serait mise en jeu que par la syphilis.

Le pronostic de la syphilis cérébrale ne serait pas aussi absolument mauvais que beaucoup d'auteurs le croient. L'auteur possède quelques exemples dans lesquels la syphilis cérébrale qui s'était traduite par de l'aphasie, de l'hémiplégie, des crises épileptiformes, des pertes prolongées de mémoire, non seulement cédait au mercure et à l'iode, mais grâce à un traitement répété restait guérie pendant des dizaines d'années.

Les causes prédisposantes les plus fréquentes pour la localisation de la syphilis cérébrale sont faciles à déduire des données suivantes. Sur 100 malades atteints de syphilis du cerveau avérée, chez lesquels Tarnowsky pouvait réunir des renseignements approfondis et détaillés au point de vue des antécédents, 43 p. 100 étaient atteints d'alcoolisme chronique, 29 étaient des neurasthéniques parmi lesquels on en comptait 18 avec une prédisposition héréditaire aux maladies nerveuses, consistant en troubles nerveux ou psychiques des parents en ligne ascendante. Chez 5 malades, des blessures du crâne avaient, suivant toute vraisemblance, avant ou après la syphilis, créé dans le cerveau un *locus minoris resistentiæ* et par suite déterminé dans cet organe la localisation du processus morbide. Enfin dans 6 cas le surmenage intellectuel répété paraissait avoir contribué à l'affection du cerveau. Ce n'est que chez 23 malades, qui jusque-là étaient complètement sains en apparence et avaient eu une existence relativement régulière, que se développa plus tard la syphilis cérébrale. L'auteur fait en même temps remarquer que chez ces 23 malades l'évolution et la terminaison furent plus favorables que chez les autres.

Il est facile de se rendre compte quelle variété de phénomènes peuvent présenter les malades chez lesquels par suite de l'hérédité on voit coïncider avec les manifestations de la syphilis cérébrale ou se succéder à tour de rôle les symptômes de la neurasthénie, de l'hystérie, de l'épilepsie ou encore de l'alcoolisme chronique.

Ce n'est pas simplement à la suite de la syphilis que peuvent se développer dans le système nerveux des processus nerveux qui n'ont rien de commun avec cette maladie, comme par exemple le tabes et la paralysie progressive, mais dans le cours même de la syphilis et surtout de la syphilis cérébrale, on voit se produire des phénomènes nerveux d'une tout autre

nature qui ne sont pas des manifestations de cette maladie, mais la suite d'une disposition héréditaire, alcoolisme, traumatismes, etc.

A. Doyon.

Syphilis médullaire. — M. Möller. Zur Kenntniss der Ruckenmarkssyphilis (*Archiv f. Dermatologie und Syphilis*, 1891, p. 207).

L'auteur a eu l'occasion d'observer à l'hôpital de Saint-Göran à Stockholm cinq cas de syphilis de la moelle épinière, trois hommes et deux femmes, tous ayant contracté la syphilis à une période récente, c'est-à-dire de un à deux ans. Parmi ces malades deux sont encore à l'hôpital, deux sont partis guéris et le cinquième a succombé, ce dernier a été l'objetd'un examen anatomo-pathologique approfondi.

Dans le premier cas l'affection médullaire fut caractérisée par les symptômes suivants :

Douleurs vives dans les régions dorsale inférieure et lombaire supérieure; rétention d'urine, avec diminution dans la quantité; parésie des membres inférieurs, exagération des réflexes, hyperesthésie. En même temps raideur de la région cervicale avec sensibilité au niveau des quatrième et cinquième vertèbres cervicales, etc., tous ces symptômes présentèrent des rémissions et des exacerbations. Deux mois après le début de l'affection médullaire, amaurose de l'œil droit.

Un phénomène difficile à expliquer, c'est la diminution de la quantité d'urine, 200 à 450 centimètres cubes en 24 heures, qui se produisit au début de la maladie lorsque les douleurs médullaires étaient encore très vives. Il n'y avait alors ni sueurs profuses ni diarrhée. Dans ces conditions, on peut supposer qu'il s'agissait d'un trouble dans l'activité des nerfs vaso-moteurs des reins.

Dans le second cas, les symptômes furent surtout caractérisés par de la céphalée, des bourdonnements d'oreille, des douleurs dans le dos et les régions iliaques, amaigrissement. Le tout indiquant une irritation méningée.

Le troisième cas concerne un malade traité en janvier 1889 à l'hôpital pour une affection primaire, papules et roséole. Récidive au mois de juin de la même année : angine papuleuse, syphilide papulo-pustuleuse, douleurs dans le dos et sur le trajet des nerfs intercostaux, tous ces symptômes disparurent avec le traitement antisyphilitique. Trois mois plus tard, vers le 2 novembre, après un refroidissement, douleurs vives dans le dos correspondant à la huitième vertèbre dorsale, paralysie des membres inférieurs et impossibilité d'uriner. Un traitement énergique avec l'iode et le mercure fit disparaître peu à peu ces symptômes. Le malade fut congédié en avril 1890, assez bien rétabli.

Sous l'influence d'un traitement antisyphilitique, le malade inscrit sous le n° 4 guérit également. Chez ce malade, treize mois après l'affection primaire apparurent subitement des symptômes d'une maladie de la moelle épinière. Au début, principalement des phénomènes d'irritation : douleurs, raideurs, paresthésies rayonnantes; plus tard, paraplégies, troubles des réflexes. La marche de la maladie indiquait un processus d'infiltration dans les enveloppes de la moelle qui pouvait avoir provoqué, en comprimant

les racines des nerfs et la moelle elle-même, les troubles fonctionnels. Les éléments nerveux n'étaient pas détruits, puisque les fonctions revinrent après un traitement approprié. Récidive deux ans et demi plus tard, cette fois affection cérébrale : céphalée, affaiblissement intellectuel, diminution de l'ouïe, troubles de la parole (paralysie), paralysie des muscles de l'œil. Cette fois encore, un traitement spécifique amena une amélioration rapide.

Dans le cinquième cas, il s'agissait d'un homme de 45 ans, syphilitique depuis environ dix-huit mois ; il fut traité trois mois et demi avant le début de la maladie de la moelle pour des papules syphilitiques de la langue et de la peau ; presque toute une année il eut de la céphalée, des bourdonnements d'oreille et de la surdité d'un côté ; deux semaines auparavant, il avait éprouvé des symptômes d'une paralysie des muscles de l'œil. Sans cause appréciable, paralysie subite des membres inférieurs de la vessie et du rectum ; décubitus aigu. Pas de symptômes méningés. Pas de réflexes tendineux, mais sans atrophie. Mort deux mois après.

Considéré au point de vue anatomo-pathologique, ce cas ne présente rien de particulier qui puisse être donné comme caractéristique de la syphilis médullaire. Toutefois il n'est pas en contradiction directe avec la théorie de Julliard sur la propagation de la maladie par les tissus que suivent les lymphatiques. Quant à une marche descendante telle que la comprennent Jürgen et Oppenheim, on ne trouvait rien au point de vue anatomo-pathologique (cependant on pourrait objecter dans ce cas que le cerveau n'a pas été examiné au microscope ; cliniquement, il faut noter l'apparition et la disparition des symptômes cérébraux avant ceux de la moelle). Contrairement à ce qu'on a observé dans tous les cas de syphilis médullaire, le processus morbide était localisé presque exclusivement dans les vaisseaux et particulièrement dans les gros vaisseaux de la périphérie, avant que ceux-ci ne fussent ramifiés dans la moelle. Dans la pie-mère, ce n'est qu'exceptionnellement qu'on trouva çà et là autour de vaisseaux altérés une légère prolifération cellulaire, et, à l'intérieur de la moelle, on constata seulement autour du calibre des petits vaisseaux des cellules en plus grand nombre.

Ce cas en tant que syphilis médullaire incomplète correspond, par rapport aux autres cas connus de syphilis médullaire, au troisième groupe de Heubner pour le cerveau : syphilis non compliquée des artères cérébrales. Les altérations dans la moelle ainsi que dans les racines des nerfs étaient essentiellement de nature secondaire, processus de dégénérescence, conséquence du trouble nutritif occasionné par l'altération des vaisseaux. Il s'agissait d'une nécrose anémique limitée à la substance blanche et en particulier des cordons latéraux et postérieurs.

Jusqu'à ce jour on n'a pas réussi à découvrir un signe caractéristique du processus anatomo-pathologique de la syphilis médullaire. Avec le seul examen anatomo-pathologique, sans renseignements anamnestiques et données cliniques, on arrive bien à un diagnostic de probabilité, mais non à une certitude complète.

A. Doyon.

Tabes. — Ziemssen-Wiesbaden. Tabes und Syphilis (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1891, p. 928).

A propos du travail du professeur Erb, l'auteur publie une note dont voici le résumé :

Les adversaires de la théorie du rapport du tabes et de la syphilis — en retournant le *post hoc ergo propter hoc* — disent qu'un traitement spécifique est souvent inefficace. Cette conclusion n'est pas admissible, quand même elle reposerait sur des centaines de cas, pour deux raisons :

1° Le processus spécifique peut être si avancé que la cure antisyphilitique peut bien amener un arrêt et la guérison dans une certaine mesure, mais non une restitution *ad integrum*, par conséquent le tableau clinique qui résulte de la destruction des tissus nerveux, reste le même malgré la guérison. Les malades viennent souvent trop tard, lorsque les premiers symptômes existent déjà depuis plusieurs mois.

2° Le traitement spécifique est généralement trop faible dans bon nombre de cas de syphilis grave et principalement de syphilis médullaire. C'est là un fait souvent observé que la syphilis détermine après un temps plus ou moins long dans l'organe malade des désordres qui ne sont plus réparables. Les lésions anatomiques ont vraisemblablement pour point de départ une altération gommeuse des enveloppes de la moelle. Comme les vaisseaux sanguins qui servent à la nutrition du système nerveux central proviennent de leurs enveloppes, il est évident que, à la suite d'altérations syphilitiques des membranes et de leurs vaisseaux, les fonctions du système nerveux central sont entravées. A. Doyon.

Tabes d'origine syphilitique. — Adamkiewicz. Ueber eine heilbare Form von Tabes. Przeglad lekarski, 1891, n°s 6 et 7 (*Wiener med. Presse*, 1891, p. 1430).

L'auteur décrit deux cas de tabes d'origine syphilitique qui ont complètement guéri, sous l'influence d'un traitement spécifique énergique, et il conclut ainsi : Le tabes syphilitique existe réellement; ses symptômes caractéristiques sont les suivants : ataxie, diminution notable de la motilité musculaire, qui amène en peu de temps la paraplégie, et absence de tout trouble subjectif dans la sensibilité. Il est important de connaître cette forme de tabes, parce qu'elle paraît être la seule curable, et par conséquent le diagnostic précoce est très essentiel. Jusqu'à présent on a considéré le tabes d'origine syphilitique ou non, comme une maladie incurable, le traitement spécifique non seulement comme inutile mais même nuisible, car on croyait que la syphilis du cerveau seul, mais non celle de la moelle épinière, pouvait être guérie par le traitement spécifique. Les cas décrits par l'auteur prouvent que la maladie syphilitique véritable de la moelle est encore curable, quand à la suite de la syphilis la moelle a perdu une partie de ses fonctions. Tous les cas ne sont pas favorables et il faut un traitement prolongé. Même chez des individus ayant eu la syphilis, tout tabes n'est pas nécessairement syphilitique, et par conséquent il est évi-

dent que le traitement spécifique sera dans ces cas sans utilité. Une cure mixte avec des doses élevées de mercure et d'iodure de potassium et l'emploi simultané du courant constant peut dans les cas récents, en modifiant complètement tous les troubles ataxiques, névralgiques et autres, déterminer une guérison complète. Dans les cas anciens, on peut obtenir, même après des années, une notable amélioration. Quant à la dose, on peut, en procédant graduellement, atteindre de 10 à 20 grammes de mercure pur associé en proportion convenable à de la graisse.

A. Doyon.

Étiologie du tabes. — W. Erb. Zur Ætiologie der Tabes (*Berliner klin. Wochenschrift*, 1891, 713 et 751).

Depuis son dernier mémoire sur cette question, qui remonte à 1883, Erb a observé plus de 370 nouveaux cas qui lui ont permis de continuer ses études sur l'étiologie du tabes, et particulièrement sur les rapports de cette affection avec la syphilis.

La statistique actuelle de l'auteur comprend 500 cas, en y comprenant sa première statistique; sur ces cas, il a trouvé 10,8 p. 100 de non-syphilitiques et 89,2 p. 100 de syphilitiques.

Quant à l'époque de l'apparition du tabes après l'infection, voici ce qu'il a constaté :

PREMIERS SYMPTÔMES après l'infection.	1er CENT.	2e CENT.	3e CENT.	CAS.	MOYENNE pour 100.
Après 1 à 5 ans dans	13	12	8	»	13,3
— 6 — 10 —	35	30	34	»	37,0
— 11 — 15 —	19	24	23	»	24,7
— 16 — 20 —	14	11	13	»	14,2
— 21 — 25 —	1	6	6	»	4,8
— 26 — 30 —	1	3	1	»	1,9
— 30 — 35 —	1	1	—	»	0,7
Inconnu	4	2	5	»	4,0
Total	88	89	90	=267	99,6

Dans ces cas aussi, le tabes survient constamment un certain temps après l'infection, le plus ordinairement six à quinze ans après. Dans 88 p. 100 de tous les cas, le tabes commence dans les vingt premières années après la syphilis.

Pour la contre-épreuve, qu'Erb a toujours considérée comme indispensable pour l'appréciation juste de la statistique du tabes syphilitique, il a continué ses recherches dans ce sens, et il dispose actuellement de plus de 5500 cas d'hommes, en général dans les meilleures conditions, qui souffrent des maladies les plus différentes et qui ont été interrogés au point de vue de leurs antécédents syphilitiques. Ceux qui sont atteints de tabes ou simplement de syphilis (qui, du reste, sont rares dans son service) sont naturellement éliminés; par contre, il a compris les malades atteints de démence paralytique, quoiqu'en introduisant cet élément dans la statistique, ce résultat soit certainement défavorable.

Le résultat d'ensemble des 5500 cas est le suivant :

Non infectés	77,5 p. 100
Infectés préalablement	22,5 p. 100

Parmi ceux-ci, atteints de syphilis secondaire, 12,1 p. 100 ;

Avec chancres simplement, 10,4 p. 100.

Par conséquent, exactement le même chiffre total que dans les 1 200 premiers cas publiés. Le chiffre des syphilitiques est seulement devenu un peu plus considérable, comparé à celui des cas où l'on trouve un simple chancre ; cela tient probablement à ce que l'auteur est plus exercé à surveiller les critériums de l'infection générale, tant au point de vue de l'anamnèse que ceux des symptômes objectifs.

Le résultat est donc : chez 22,5 p. 100 des malades (hommes) dans les meilleures conditions, comme on les voit à une clinique interne, on trouve des antécédents syphilitiques.

Il ne prétend pas, sous forme de conclusions, que l'infection soit aussi fréquente dans la population adulte des meilleures classes; il s'agit là toujours de malades, et il est très probable que des syphilitiques antérieurs deviennent plus souvent malades, qu'une partie souffre de lésions qui en découlent, qu'une autre partie devienne plus nerveuse et hypocondriaque. L'adjonction de la démence paralytique doit également élever relativement le chiffre des infectés. Il est donc probable que les chiffres trouvés par Erb, pour la population totale des classes élevées, sont beaucoup trop forts : la comparaison avec la statistique du tabes n'en sera que plus probante.

Chez les tabétiques, 89,2 p. 100 d'infectés préalablement; chez les autres malades divers seulement, 22,5 p. 100. Ces chiffres parlent haut et entraînent les mêmes conclusions que dans son dernier travail; il est donc certain que la syphilis joue un rôle prépondérant dans l'étiologie du tabes, et les personnes seules qui ont eu la syphilis courent le danger de devenir tabétiques.

Ces propositions sont l'expression de faits sans que l'on puisse pénétrer plus avant dans les rapports existants entre ces maladies, mais il est intéressant de voir qu'une statistique étendue n'a fait que confirmer les précédentes.

Le résultat de la statistique chez les femmes, en ce qui concerne le tabes, est exactement le même que chez les hommes; parmi les femmes tabétiques, environ 89,5 p. 100 étaient infectées.

La syphilis joue, selon les recherches de Erb, un rôle prépondérant dans l'étiologie du tabes. Ainsi il a trouvé, dans sa dernière statistique, la syphilis seule dans 27 p. 100, la syphilis et le froid dans 11 p. 100, la syphilis et le surmenage dans 6 p. 100, la syphilis et les excès vénériens dans 9,6 p. 100, la syphilis et les traumatismes dans 1,7 p. 100, la syphilis et les troubles nerveux dans 12 p. 100; la syphilis, le froid et le surmenage dans 13,5 p. 100; la syphilis, le froid et les excès dans 1,7 p. 100; la syphilis, le surmenage et les excès dans 0,7 p. 100; la syphilis et plusieurs autres causes nocives dans 4 p. 100; la syphilis, les traumatismes, refroidissement ou surmenage, 1 p. 100; les malaises nerveux seuls dans

0,7 p. 100; le froid seul dans 1,4 p. 100; le surmenage seul dans 0,3 p. 100; les excès vénériens seuls dans 1 p. 100; le froid et le surmenage seuls dans 0,7 p. 100; les traumatismes seuls dans 0,3 p. 100; plusieurs causes sans syphilis, 1,4 p. 100; cas sans cause appréciable, 5,4 p. 100.

Erb n'a rencontré l'hérédité directe que dans 2 cas sur 275 cas; l'hérédité nerveuse (famille nerveuse, maladies nerveuses chez des parents), dans 28 p. 100 des cas; nervosisme (existant chez le malade même, congénitale ou acquise), environ 42 p. 100; le froid dans environ 34 p. 100; le surmenage, 27 p. 100; excès vénériens, 15,8 p. 100; abus de l'alcool et du tabac, 18 p. 100.

En ce qui concerne les professions, il a trouvé : négociants, 207; fabricants, 27; officiers, 50; ingénieurs, architectes, télégraphistes, 32; magistrats, 34; médecins, 26; professeurs, chimistes, pharmaciens, 24; propriétaires, 20; hôteliers, 19; rentiers, 13; ecclésiastique, 1; artisans, 42; ouvriers, paysans, journaliers, 30; soldats, pêcheurs, mécaniciens, 18.

L'auteur a vu trois fois le tabes survenir après la syphilis, l'un et l'autre à un âge très différent : homme infecté à 57 ans, tabétique à 66 ans; homme infecté à 54 ans, tabétique à 59 ans; homme infecté à 19 ans et demi, tabétique à 22 ans.

En résumé, le tabes serait, d'après Erb, dans la plupart des cas, une conséquence de la syphilis, mais, d'autre part, il peut être provoqué par d'autres poisons ou d'autres agents nocifs : le tabes par ergotisme en est une preuve très frappante.

A. Doyon.

Syphilis. Traitement par le bain mercuriel. — A. Kronfeld. Syphilisbehandlung mittest des elektrischen Zweizellenbades (*Wiener mediz. Wochenschrift*, 1891, pp. 1258 et 1290).

Ce travail fait dans le service du professeur Lang est la continuation des recherches de l'auteur sur l'élimination du mercure introduit dans le corps dans les différents modes de traitement spécifique. Les malades dont l'urine a été examinée sont soumis au traitement hydrargyrique dans le bain électrique à deux compartiments. Voici en quoi consiste ce bain dont l'inventeur est le professeur Gärtner. La partie essentielle et nouvelle est un diaphragme qui divise l'intérieur de la baignoire en deux compartiments. La cloison est fixée au niveau de la réunion du tiers antérieur avec les deux tiers postérieurs de la baignoire. Elle est formée de deux parties, l'une inférieure fixe et l'autre supérieure pouvant être abaissée et soulevée, même entièrement enlevée. Ces deux parties forment une échancrure ovale qui correspond au diamètre du tronc d'un homme de forte corpulence.

L'échancrure des deux moitiés de la cloison est tapissée d'un coussin à air en caoutchouc, semblable aux ceintures de sauvetage, qui est assujetti à la cloison à l'aide de cordons.

Sur les parois ainsi qu'au fond de la baignoire sont adaptées des électrodes (cuivre et zinc) recouverts d'une planche trouée. Le revêtement d'un compartiment est mis en communication avec le pôle positif, celui de l'autre avec le pôle négatif de la batterie de l'appareil d'induction. Les

appareils électriques consistent en une batterie de 50 grands éléments Leclanché. Les conditions de résistance de cette organisation permettent l'emploi de tous les éléments. La régularisation de l'intensité du courant se fait par un rhéostat dont la résistance représente environ 5 000 ohms. La force de chacune des résistances est choisie de telle sorte que la graduation du courant est aussi uniforme que possible et d'un contact à un autre il n'y a toujours qu'une différence insignifiante. Le rhéostat a 45 contacts.

Un galvanomètre absolu d'Edelmann, qui permet de mesurer l'intensité du courant de 0,1 à 300 milliampères, se trouve dans le circuit et sert à déterminer exactement l'intensité. Il s'agit là pour le courant faradique d'un appareil d'induction dont l'extra-courant seul est employé. Les éléments Leclanché servent à lui donner l'impulsion. La régularisation de l'intensité se fait l'aide des mêmes rhéostats. On peut changer le courant en mettant les électrodes en contact soit avec le courant faradique, soit avec le courant galvanique, soit avec les deux en même temps.

Dans le bain, le courant se fait de la manière suivante : Le malade est mis au bain, la portion mobile du diaphragme est enfoncée et les coussins à air insufflés; il n'existe alors entre les deux parties de la baignoire aucune autre communication que le corps du malade. L'eau des deux compartiments ne communique l'une avec l'autre que par de petites fentes presque capillaires. Mais la résistance de ces minces couches d'eau est si grande comparativement à celle du corps qu'il n'y a pas lieu d'en tenir compte. On peut donc admettre que presque tout le courant dont on voit l'intensité sur le galvanomètre est utilisé et traverse le corps du malade.

La résistance totale d'un bain dans lequel se trouve un homme de vingt ans est de 200 ohms.

Les avantages du bain du professeur Gärtner peuvent se résumer dans les quatre points suivants :

1° L'intensité du courant est presque la même sur toutes les parties de la peau qui se trouvent dans le bain.

2° On peut employer à volonté des courants faibles ou des courants très forts.

3° Il est facile de mesurer l'intensité du courant qui traverse l'homme.

4° Un point qui est tout particulièrement intéressant, c'est qu'à l'aide du bain à deux compartiments il est possible d'incorporer aux malades du mercure sous forme de sublimé en proportion relativement considérable (Gärtner, Ehrmann).

Chaque jour on notait la quantité d'urine excrétée et son poids spécifique. Par des examens répétés on s'assurait que ni au début, ni dans le cours du traitement mercuriel, il ne survenait du sucre ou de l'albumine. On ne constata que rarement de la polyurie, qui s'observe souvent avec d'autres méthodes de traitement mercuriel. Les examens chimiques préliminaires permettaient déjà de supposer que dans le bain de Gärtner beaucoup de mercure était introduit dans le corps. Ainsi, il trouva dans l'urine d'un jour d'un malade 0,008 milligr., chez un autre 0,0075 milligr. de mercure.

Les hommes étaient mis au bain complètement nus, les femmes vêtues

d'une chemise fine. Le courant normal durait 15 minutes, puis on l'intervertissait pendant le même laps de temps. Chez la plupart des malades on examinait avant le premier bain les urines rendues dans les 24 heures pour s'assurer des quantités de mercure qui pouvaient rester, à la suite d'un traitement spécifique antérieur.

L'auteur rapporte ensuite en abrégé les observations de huit malades soumis à ce mode de traitement. La quantité de mercure employé pour chaque bain était de 12 à 20 grammes de sublimé, la force du courant de 75 à 140 milliampères. Les quantités de mercure éliminé dans les 24 heures oscillaient dans le 1er cas de 0,006 à 0,015; dans le 2e, de 0,0039 à 0,0065; dans le 3e, de 0,0055 à 0,012; dans le 4e, de 0,0075 à 0,00155; dans le 5e, de 0,0035 à 0,0095; dans le 6e, de 0,0028 à 0,011; dans le 7e, de 0,0055 à 0,0089; dans le 8e cas, le malade qui avait pris des bains simples élimina au bout de vingt-deux bains une proportion relativement minime de mercure : 0,0025.

Voici les conclusions auxquelles arrive Kronfeld pour cette méthode de traitement :

1° L'élimination du mercure a lieu non par poussées, mais d'une façon uniforme et en général proportionnellement à l'administration du mercure.

2° La quantité éliminée dans un temps égal dépend de la quantité de mercure introduit; elle est d'ordinaire augmentée avec l'élévation de la dose de mercure.

Des expériences de l'auteur sur le bain électrique à double compartiment de Gärtner il résulte :

1° Par l'intermédiaire de ce bain on incorpore aux malades des doses relativement élevées de mercure. La proportion de mercure qu'on trouve dans l'urine de ces malades en est une preuve.

2° Les malades qui sont traités dans le bain électrique éliminent plus de mercure que ceux qui prennent des bains ordinaires de sublimé.

3° Jamais on ne voit apparaître de l'albumine dans l'urine. Ce n'est que rarement qu'on a constaté de la polyurie.

4° Il paraît être indifférent pour l'absorption du mercure que le malade se baigne nu ou vêtu d'une chemise de toile.

D'après les observations du professeur Lang, le traitement de la syphilis au moyen du bain électrique à double compartiment est un mode de médication pratique, à action rapide et d'un emploi facile.

Il ne faut pas oublier que la salivation, l'entérite ou tout autre symptôme d'intoxication mercurielle peut aussi survenir avec cette méthode de traitement. A. Doyon.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 10 DÉCEMBRE 1891. — PRÉSIDENCE DE M. LAILLER.

Compte rendu analytique.

Lupus traité par le raclage.

M. Broca. — Je viens de traiter trois malades par cette méthode encore aujourd'hui contestée en France.

Le premier avait un énorme lupus de la presque totalité du membre inférieur; il a été raclé en une seule séance, sous le chloroforme, et a été guéri au bout d'un mois. Je m'attends d'ailleurs moi-même chez lui à des récidives.

Un deuxième cas a été traité dans des conditions à peu près analogues.

Enfin voici un enfant qui a été soumis autrefois à l'action de la lymphe de Koch et qui a subi une série de poussées lupiques très intenses avec vastes lésions ulcéreuses et croûteuses. Il a été raclé en une séance et considérablement amélioré, ainsi que vous pouvez en juger d'après la photographie faite avant l'opération. Le traitement par raclage n'est nullement, comme on le dit en Allemagne, capable de donner une guérison radicale et définitive; mais dans les cas très étendus, c'est positivement la méthode la plus efficace. Les cicatrices faciales qu'il laisse à sa suite ne sont pas plus mauvaises que celles des autres méthodes.

M. E. Besnier. — Parmi les lupus il en est qui par leur étendue sont absolument inaccessibles aux traitements dermatologiques proprement dits. Tel le premier malade de M. Broca. Il faut alors intervenir chirurgicalement et je reconnais l'innocuité de l'intervention et la valeur du résultat immédiat; mais je suis obligé de faire d'expresses réserves pour l'avenir; ce malade n'est certainement pas guéri, il y aura sûrement repullulation sur tous les points et, pendant de longues années, une série d'interventions opératoires analogues sera nécessaire. En outre, je suis obligé de faire aussi des réserves au sujet de la possibilité d'une tuberculisation généralisée ultérieure.

En ce qui concerne l'enfant que nous présente M. Broca, je suis heureux de le féliciter pour le remède qu'il a apporté à l'atrésie buccale si marquée chez lui; mais quant à la surface lupique elle-même, je ferai remarquer qu'il y a déjà repullulation. Je n'en remercie pas moins M. Broca

de ses efforts pour joindre la chirurgie à la dermatologie, nous en avons grand besoin et j'appelle de tous mes vœux la création, en cet hôpital, d'un service de chirurgie dermatologique.

M. Hardy. — M. Broca aurait dû joindre à la chirurgie l'action de la médication interne : je me suis toujours bien trouvé de l'emploi des chlorures de sodium et de calcium.

M. Broca. — Je suis de l'avis de M. Hardy, mais je ne traite pas le lupus. Ces malades m'ont été confiés exclusivement en vue d'une tentative chirurgicale.

M. Vidal. — La méthode de Volkmann est utile aux membres où l'on peut aller profondément, mais je ne la crois guère applicable à la face où l'on est obligé à beaucoup plus de ménagements. Les récidives sont beaucoup plus rapides avec cette méthode. D'ailleurs, d'une façon générale, plus le résultat a été obtenu lentement, meilleur et plus durable il est.

M. Broca. — Je n'ai jamais dit que mes malades fussent guéris, j'affirme seulement qu'en trois semaines je les ai mis dans un état qu'aucune autre méthode n'aurait permis d'obtenir.

Quant à l'infection tuberculeuse d'origine chirurgicale, je crois qu'elle existe surtout quand on infecte la plaie.

Enquête sur la prétendue action tabétogène du traitement mercuriel; quelques réflexions sur le traitement des sujets syphilitiques prédisposés aux affections du système nerveux.

M. A. Fournier. — Deux raisons m'ont déterminé à cette enquête :

1° L'observation de deux sujets syphilitiques ayant abouti au tabes en dépit d'un traitement antisyphilitique régulier, rationnel et soutenu;

2° La nécessité de juger à leur valeur l'accusation formulée contre le mercure, cause possible, dit-on, du tabes chez les syphilitiques. On invoque, comme preuve à l'appui, son action nocive sur les vaisseaux, sur l'endothélium vasculaire, et l'on conclut à des dégénérescences variées sous l'influence de cette action, d'où la sclérose tabétique, le tabes à genèse mercurielle.

Mon enquête a porté sur 321 cas d'ataxie locomotrice chez des syphilitiques, et de l'analyse exacte des chiffres il ressort que le mercure doit être mis hors de cause : 1° parce que parmi ces 321 malades, 24 sont devenus tabétiques sans avoir jamais pris de mercure sous aucune forme, ce qui suffirait à juger la question; 2° parce que le nombre des sujets syphilitiques aboutissant au tabes suit une progression descendante au fur et à mesure que le traitement devient plus long. Parmi les syphilitiques soumis au mercure, 22 ont abouti au tabes après des traitements mercuriels courts, variables comme durée de quelques jours à un an, tandis que j'en trouve un seul ayant subi le même sort après un traitement de 2 à 4 ans.

Cette accusation ne repose donc sur rien. Et pourtant, il n'en reste pas moins établi que le tabes, en dépit de traitements rationnels et prolongés, peut frapper des syphilitiques même jeunes et bien constitués. Mais ces malheurs sont dus peut-être à l'oubli d'indications thérapeutiques essentielles. Il n'est pas douteux que le traitement des syphilitiques est trop uni-

forme, trop banal, qu'on l'applique trop exclusivement en vue des lésions en activité et qu'on se désintéresse trop de ses conséquences directes ou indirectes sur tel ou tel système organique. Il faudrait se préoccuper davantage des *tendances morbides* du malade, de ses *tares* personnelles ou héréditaires. Cela est évidemment très difficile, mais pourtant l'étude des *causes localisatrices* de la syphilis est quelquefois possible et non forcément stérile. On sait très bien, par exemple, que la syphilis est appelée vers le système nerveux par deux ordres de cause : 1° le surmenage nerveux (intellectuel, moral et physique) ; 2° l'hérédité nerveuse. Et, de tous les systèmes organiques, c'est le système nerveux qui est frappé avec prédilection par le tertiarisme ; il y a donc toute une catégorie de malades qui sont, à cet égard, de véritables *prédestinés* aux accidents nerveux de la syphilis, et l'on peut, dans une certaine mesure, les connaître à l'avance. Je ne citerai pour preuve que le cas de ce médecin ayant contracté professionnellement la vérole et qui, doué d'un cerveau très actif, très laborieux et très chercheur, put prévoir à l'avance qu'il y serait frappé par la maladie, ce qui se vérifia d'une façon fatale. Eh bien ! jusqu'ici la thérapeutique, vis-à-vis de ces prédestinés, n'a rempli aucune indication spéciale. C'est un tort ; il faut de toute nécessité à ces malades une hygiène particulière, le calme absolu du système nerveux, pas d'excès vénériens, de fatigues cérébrales, de veilles ; il faut qu'ils se tiennent à l'écart des agitations de la vie mondaine, etc., etc., et enfin qu'ils évitent les exercices de corps trop violents, en raison des *raptus* congestifs vers le cerveau ou la moelle, car j'ai vu un de mes malades succomber à une myélite syphilitique à la suite d'une course forcée en vélocipède.

Enfin, il faut instituer chez eux le traitement hydrothérapique, et cela à titre pour ainsi dire permanent.

Quels seront les résultats de cette hygiène des prédestinés ? Je ne sais encore, l'avenir nous le dira, mais il est de toute évidence qu'il faut chercher d'autres armes que nos armes actuelles ; le mercure et l'iodure de potassium en dépit de leur rare valeur sont insuffisants, car si l'on envisage l'ensemble des résultats produits par le traitement ordinaire de la syphilis cérébro-spinale, on arrive au lamentable bilan que voici :

1° Dans la syphilis cérébrale, à côté de résultats fort beaux, parfois presque merveilleux, il y a des demi-revers ou des revers complets en nombre quelque peu supérieur à celui des guérisons ;

2° Dans la syphilis médullaire les insuccès dominent ;

3° En ce qui concerne spécialement le tabes, la guérison est tout à fait exceptionnelle et même niée par beaucoup, à tort selon moi ;

4° Quant à la paralysie générale, d'origine syphilitique, il y a autant d'échecs que de cas.

En résumé, il faut essayer, par tous les moyens en notre pouvoir, de faire dans la syphilis de la thérapeutique antinerveuse préventive.

Nature et traitement du lichen de Wilson.

M. L. Jacquet. — Je dois à la bienveillance de mon maître M. E. Besnier d'avoir pu traiter par la méthode dont je vous ai entretenu à la dernière

séance. (cf. *Annales de Dermat.*, p. 862) trois nouvelles malades. Ce sont les résultats de ces tentatives que je vais vous communiquer aujourd'hui. Vous allez voir qu'ils confirment et complètent ceux que j'ai annoncés à deux reprises différentes, à savoir le soulagement constant et souvent immédiat de la maladie en tant que manifestations nerveuses de fond et la disparition rapide des lésions cutanées réactionnelles.

La première de ces malades (Mme W...) est une femme de 51 ans extrêmement nerveuse, qui depuis quelques mois à la suite d'ennuis de famille a perdu le sommeil, est devenue d'une impressionnabilité excessive, qui n'était d'ailleurs qu'une exagération de son état normal. Le prurit chez elle n'a pas été excessif et l'éruption de lichen, survenue il y a deux ou trois mois, est discrète. C'est de toutes mes malades (ce sont toutes des femmes), celle qui à beaucoup près a été le moins sensible à l'action du traitement hydrothérapique. Elle a pris 7 douches; je reproduis fidèlement ses expressions : « Je dors mieux, je me gratte un peu moins, je vais un peu mieux. »

Bien autrement efficace a été l'hydrothérapie chez les deux malades que je vous présente.

La première, Mme Batt..., de souche nerveuse, très nerveuse elle-même, a vu en février 1891, sans qu'il soit possible d'en dire très exactement la cause, augmenter son énervement ordinaire, puis l'insomnie et diverses sensations prurigineuses apparaître, entre autres des sensations de brûlure, de cuisson intolérables, la nuit principalement. La peau devenait alors rouge, turgescente. Un mois plus tard, les papules de lichen faisaient leur apparition à la face interne des cuisses. Puis rapidement elles se généralisèrent à la presque totalité des téguments. Jusqu'au 12 novembre la malade a été classiquement traitée, sans aucun résultat. Quelques papules disparaissaient il est vrai çà et là, en laissant place à une macule pigmentée, mais il en apparaissait sans cesse de nouvelles.

Elle prend sa première douche le 13 novembre selon le mode que j'ai précédemment indiqué (douche tiède, de deux à trois minutes, suivie d'une affusion froide très courte, le tout avec le minimum de percussion). Je la revois après sa cinquième douche ; l'amélioration est déjà très marquée ; elle dort très bien, les démangeaisons, les sensations de brûlure sont presque éteintes. Après 21 douches, la sédation de l'éréthisme nerveux est complète, la disparition des néoplasies presque absolue, il n'en reste des vestiges qu'au bras droit, partout ailleurs elles sont remplacées par des macules fortement pigmentées.

Ma troisième malade, Mme Sch..., est plus remarquable encore, tout au moins en ce qui touche la sédation de l'hyperexcitabilité vaso-motrice. C'est une femme de 53 ans, de descendance névropathique, très vive et très impressionnable elle-même, dormant habituellement fort peu, surmenée de travail et assiégée de préoccupations et de soucis matériels. En cet état, elle *fait il y a cinq semaines une chute dans la rue;* on la relève légèrement contusionnée, *mais violemment émue et claquant des dents.* Rapidement son nervosisme augmente, le prurit apparaît et les papules de lichen plan se montrent sur les mains. Actuellement, elle est littéralement couverte de papules miliaires et de placard lichéniens typiques. L'excitabilité nerveuse, le prurit deviennent intenses, surtout après le repas, et quand elle a chaud,

à la suite d'une course un peu animée par exemple. Dès la *première* douche elle éprouve un soulagement notable. Après la *troisième* elle est presque rentrée dans le calme ordinaire. L'éruption, d'un rouge carminé très vif, tend déjà à pâlir.

Donc le traitement hydrothérapique tel que je l'ai employé fait rapidement tomber l'hyperexcitabilité nerveuse, et chez la plupart des malades cette sédation est aussi facilement appréciable à chaque douche que l'est par exemple la chute de l'hyperthermie thyphoïde après le bain froid, et il est pleinement démontré que cela suffit, à l'exclusion de tout autre traitement général ou local, à amener en peu de temps (20 à 25 jours en moyenne) la régression des lésions cutanées.

Pour être complet, je dois ajouter que chez trois de mes malades j'ai vu survenir des troubles nerveux d'un autre ordre : qu'ils soient dus ou non à ma méthode de traitement, je vais vous les signaler en toute sincérité.

Chez Mme Batt..., pendant que se calmaient les sensations d'ardeur à la peau, de cuisson et de prurit, des douleurs névralgiques vagues apparaissaient dans les membres supérieurs, plus nettes dans deux ou trois espaces intercostaux dont l'un, le cinquième de gauche, vient d'être il y a six jours le siège d'un *zona* fort léger d'ailleurs et aujourd'hui guéri.

Chez la malade que je vous ai présentée à la dernière séance, Mme Mar..., qui est aujourd'hui indemne et depuis longtemps déjà de toute lésion cutanée, est apparue une modification profonde du caractère. Cette malade, qui était fort émotive, vive, très impressionnable, est devenue apathique, taciturne ; elle se trouve faible, au point qu'il lui en coûte énormément de se lever le matin ; à part ces modifications psycho-physiologiques sa santé générale est fort satisfaisante.

Enfin, chez Mme Sch..., atteinte de ce lichen de Wilson dont l'hyperexcitabilité vaso-motrice a fait si brusquement place au calme, il existe aussi une légère sensation de faiblesse musculaire — un peu insolite chez elle.

Quelle importance faut-il attribuer à ces faits qui semblent relever d'une sorte de *transfert* nerveux, sous l'influence perturbatrice de la douche ? L'avenir nous le dira.

Il convient maintenant de rechercher si les résultats thérapeutiques joints à d'autres détails intéressants de l'histoire de ces malades ne peuvent pas nous donner quelques indications sur la nature et la pathogénie du lichen de Wilson.

Qu'il ait une origine nerveuse dans l'immense majorité des cas, cela ne fait guère question — quoique M. Leloir qui a fait des travaux si remarquables sur les dermatoneuroses mette cette origine en doute. Mais par quel mécanisme ? Voilà qui est beaucoup plus obscur. Tous les auteurs classiques admettent que les symptômes fonctionnels nerveux sont sous la dépendance des lésions cutanées : « le lichen plan provoque des réactions nerveuses, l'éruption s'accompagne d'un prurit très vif, ou encore l'éruption est fort prurigineuse », tel est le moule ordinaire des descriptions classiques. Or, à y regarder d'un peu près, rien n'est plus inexact et cela est même, pour le dire en passant, assez peu aisé à mettre d'accord avec l'opinion quasi générale, mais fort vague, que le lichen de Wilson est d'origine nerveuse. En réalité, si l'on serre de près l'interrogatoire des

malades, on arrivera presque toujours à apprendre que des manifestations nerveuses diverses, énervement, insommie, prurit, etc., ont précédé plus ou moins longtemps, quelquefois fort longtemps, l'apparition des papules. Quand les malades semblent dire le contraire, il faut être plein de défiance. Exemple : j'avais naturellement questionné avec soin Mme Sch..., de même que tous mes malades, dans ce sens ; pour elle, je me crus un instant battu : elle affirmait avec précision que le prurit avait paru seulement avec les papules. Or, à sa seconde visite, la malade m'apprit d'elle-même que ses enfants lui avaient rafraîchi la mémoire et l'avaient fait souvenir qu'elle se grattait jusqu'au sang longtemps avant l'éruption.

Mais voici qui démontrera mieux encore le bien fondé de mon opinion. Mme Mar..., que je vous ai présentée guérie à la dernière séance, vint se plaindre à moi d'une rechute de sa maladie. Tous les symptômes nerveux étaient reparus au grand complet et elle croyait les boutons revenus au cou etsurtout à la région lombo-sacrée. — Or il n'en était rien, il n'y avait pas *une seule papule de lichen* sur la peau, et pourtant la malade, qui doit s'y connaître après un lichen intense de 10 mois de durée, avait reconnu tous les symptômes subjectifs de l'éruption ! La conclusion s'impose, puisque tout le cortège des symptômes nerveux, y compris les sensations prurigineuses peut exister au point de faire illusion à la malade sans qu'il y ait *trace de papules*, c'est bien évidemment que la néoplasie éruptive n'en est pas la cause efficiente. Donc ici, comme je l'ai montré pour l'urticaire, ce n'est pas l'*éruption qui est prurigineuse ;* c'est bien plutôt, selon la formule que j'ai déjà donnée, le *prurit qui est éruptif :* la hiérarchie des symptômes doit être renversée.

En effet, pour des raisons multiples sur lesquelles je reviendrai en détail, je suis tout disposé à considérer aujourd'hui le lichen plan comme une éruption provoquée par les traumatismes de tout ordre (contacts, grattages, etc.) exercés sur des régions de la peau dont le tonus vaso-moteur est profondément troublé par une influence nerveuse centrale. Le lichen plan prendrait place ainsi dans la classe des dermatoneuroses, pour laquelle M. Brocq et moi avons créé la dénomination de *névrodermites*, c'est à-dire de névroses cutanées à lésions inflammatoires, secondaires et artificielles.

Je reviendrai sur ce point de doctrine, sur les objections qu'on peut m'adresser à son sujet, et j'espère arriver à le bien établir, car je puis dès maintenant l'appuyer sur un ensemble de faits cliniques, anatomo-pathologiques et thérapeutiques.

M. E. Besnier. — Il est hors de doute que la malade que j'ai adressée à M. Jacquet est complètement guérie et que sa guérison a été rapide. Je ne puis donc qu'encourager l'auteur de poursuivre son intéressante tentative.

Atrophodermie érythémateuse en plaques, à progression excentrique.

M. G. Thibierge. — Voici une jeune femme de vingt-cinq ans qui porte sur la joue droite, depuis deux ans, une plaque rouge, de la largeur d'une

pièce de dix centimes, à peu près exactement circulaire, déprimée par rapport aux parties voisines saines ; cette plaque a une coloration rouge pâle, s'effaçant par une pression un peu énergique ; sa consistance est plus faible que celle des parties voisines ; la peau ne présente pas à son niveau l'aspect ordinaire des cicatrices. Sur la joue gauche, un peu en avant de l'oreille et dans un point qui n'est pas exactement symétrique par rapport à la joue droite, se trouve une petite plaque offrant des caractères semblables à ceux de la plaque de la joue droite et dont la coloration disparaît à peu près complètement par la pression qui laisse seulement une teinte ardoisée faible.

En l'absence de traces évidentes d'inflammation ou de néoplasie, il est impossible de reconnaître chez cette femme d'autre lésion qu'une atrophie cutanée ; cette forme d'atrophodermie diffère de celles décrites dans les traités de dermatologie (stries atrophiques ou vergetures, hémiatrophie faciale progressive et atrophie circonscrite avec pigmentation de voisinage), par la présence d'une coloration érythémateuse, par la marche régulièrement progressive et centrifuge, par l'absence de toute altération de la peau du voisinage, et je n'ai trouvé aucune observation analogue dans les auteurs. En l'absence de données précises sur les lésions et la nature de cette lésion, il est impossible de lui assigner une autre dénomination qu'une dénomination purement symptomatique.

Sur la forme érythrodermique généralisée du mycosis fongoïde et les poussées aiguës qui surviennent dans le cours de cette maladie.

MM. Hallopeau et Jeanselme. — Un nouveau fait clinique permet de considérer comme démontrée l'existence d'une forme érythrodermique généralisée du mycosis fongoïde. Elle est caractérisée par la rougeur souvent sombre et l'épaississement de la peau, l'exagération de ses plis, la chute partielle des cheveux et des poils, un prurit intense et des adénopathies multiples et volumineuses ; elle coïncide tôt ou tard avec des tumeurs mycosiques. L'érythrodermie peut être initiale ou précédée, pendant de longues années, par des éruptions ortiées ou vésiculeuses. Elle peut se manifester sous la forme de poussées aiguës, accompagnées de réaction fébrile intense et suivies d'exfoliation en larges lambeaux.

En dehors de cette forme, il peut se produire également dans le mycosis fongoïde des poussées aiguës, le plus souvent vésiculeuses, parfois ortiées ; une observation des auteurs, rapprochée de celle d'Alibert, montre qu'elles peuvent également prendre la forme bulleuse.

Un cas rare de dermatite herpétiforme de Duhring ; variété pustuleuse et végétante.

M. Wickham. — Au nom de M. Hudelo et au mien, je vous présente un malade du service de M. le professeur Fournier qui, depuis l'année 1887, est atteint de dermatite herpétiforme de Duhring, avec alternative de poussées éruptives et de période d'accalmie. Lors de la première atteinte, en

1887, le malade présenta au pied droit des éléments papillomateux végétants et pustuleux analogues à ceux qu'il offre actuellement à la main gauche et aux régions périanales et scrotales. Ces dernières lésions consistent en des surfaces très fortement pigmentées, papillomateuses, limitées par une collerette épidermique, purulente, circinée, au-dessous de laquelle on constate de nombreuses pustules.

Ces surfaces brunâtres sont, ou bien très étendues, comme à la main qu'elles recouvrent presque entièrement; ou, au contraire, limitées, offrant l'aspect de papules de dimensions variables, comme autour de l'anus. L'évolution des lésions se fait par progression excentrique. Le point de départ consiste en pustulettes d'auto-inoculations qui s'agrandissent, deviennent croûteuses au centre. La croûte en tombant laisse voir une surface pigmentée, végétante. Il se forme ainsi au niveau de chaque point d'auto-inoculation des plaques éruptives qui finissent par se confondre et par recouvrir des surfaces plus ou moins étendues. Ces lésions sont le siège de sensations douloureuses. Dans les pustulettes, M. Darier a constaté la présence à l'état pur du staphylococcus pyogenes albus. Les inoculations ont été négatives.

Ces divers caractères rapprochent beaucoup ces lésions de celles qui ont été décrites par M. Hallopeau, sous le nom de dermatite pustuleuse chronique en foyers de progression excentrique.

La présence chez le même malade de lésions d'aspect différent semble devoir être expliquée, non par une simple coïncidence, mais par le polymorphisme éruptif de la dermatite herpétiforme ; en sorte que l'ensemble des lésions paraît constituer une forme rare, une variété pustuleuse et végétante de la dermatite herpétiforme de Duhring, diagnostic d'ailleurs conforme à celui qui fut porté par M. Vidal en 1887.

M. A. Fournier. — Je ferai remarquer ici l'état des fesses où les lésions simulent absolument l'aspect des plaques muqueuses hypertrophiques.

M. Vidal. — Ce malade est en effet un type de dermatite herpétiforme de Duhring. Mais il n'est pas possible de ne pas faire remarquer les analogies que présentent ces faits avec le pemphigus vegetans de Neumann.

M. E. Besnier. — Le mot « pemphigus végétans » est un terme vague qui couvre des choses bien différentes. Il s'agit bien ici d'une forme végétante atypique de dermatite de Duhring.

M. A. Renault. — A l'appui de ce que vient de dire M. E. Besnier, je puis citer un cas de ce genre diagnostiqué « pemphigus vegetans » qui, en réalité, était dû à l'intoxication iodurique.

M. Brocq. — S'il y a ici un peu d'ambiguïté sur le diagnostic de « dermatite herpétiforme », cela tient à ce qu'on ne connaît pas suffisamment en France les formes pustuleuses de la dermatite de Duhring.

Phthiriase des paupières (poux des cils).

M. Jullien. — J'ai eu l'occasion d'observer un cas remarquable de *pediculi* des paupières chez une robuste fille de 17 ans entrée dans mon service à Saint-Lazare pour des plaques muqueuses de la vulve. Cette malade avait la tête couverte de poux et présentait, quoiqu'en petit nombre, des

morpions au pubis et dans les poils de l'aisselle. En l'examinant je fus frappé par la présence entre les cils, qui étaient très longs et très fournis, de petits points grisâtres que je reconnus bien vite être des lentes; chaque poil en portait une, deux et parfois plus, solidement attachées par une enveloppe transparente, extrêmement adhérente. Enfin en me servant d'une forte loupe je pus distinguer une véritable armée de poux tapissant le bord ciliaire. Ils se présentaient par la face dorsale, d'un jaune ocreux très accusé, la tête dirigée du côté de l'orifice du follicule.

Ayant reconnu au microscope qu'il s'agissait de morpions, la plupart de très petite taille comparés à ceux de la région génitale, je réussis à en débarrasser ma malade en une seule séance, en procédant un par un à l'extraction de tous les parasites et de tous les œufs. Aidé par M. Arnaud, mon interne, et travaillant sous la loupe, j'en enlevai plus d'une centaine, me servant d'une pince à griffes, entre les mors de laquelle je faisais glisser les cils. La malade est restée complètement guérie depuis cette petite opération; elle a seulement présenté une blépharite légère à la suite de l'irritation causée par le contact répété des pinces. Quant aux parasites, ils n'avaient déterminé aucune espèce de sensation pénible, pas même de la démangeaison. La malade, peu délicate, il est vrai, ne s'en était pas aperçue. J'aurai terminé au sujet de cette femme en ajoutant que les deux yeux étaient très inégalement envahis, au gauche je n'ai guère compté qu'une vingtaine de parasites ; enfin il n'y avait pas de taches ombrées sur le corps, pas plus qu'entre les cils je n'ai pu voir les grains bruns qui caractérisent habituellement les excréments de phthirius.

Cette maladie est surtout intéressante par sa rareté beaucoup plus grande aujourd'hui que chez les anciens. Elle a été étudiée par Galien *Defin. med.* §§ 151 et 153, Celse (*liv.* 6, *par.* 15), Paul d'Egine (*Op.*, *liv.* 3, éd. 1551, p. 150), et plus tard par Jesus Hali (in *Chirurg. mag. de Guy de Ch.*, *fol.* 252, *par.* 14, *édit. de* 1499), A. Paré (*liv.* 20. *ch* 16.), Guillemeau (*Trait. des mal. de l'œil*, 1585, p. 48), Maitre-Jan (*Trait. des mal. de l'œil*, 1740, p. 500). Plus près de nous il faut citer : Lawrence (*Trait. prat. des mal. des yeux*, 1830, p. 268), Harkne (*Ophth. Rep.*, 1859, p. 125), Steffen (*Ophth. hosp. rep.*, 1866, p. 239), Stelwagon (*Arch. of derm.*, 1881), Ring (*N.-Y. med. rec.*, 1885, p. 647), Rosenmeyer (*Münch. med. Woch.* 1866, p. 145), Trousseau (*Bull. de la clin. oph. de l'h. des Q.-V.*, 1886, b. 4, p. 179), Despagnet (*Rec. d'ophth.*, 1887, p. 675), Pignot (*Dict. encyc.*, 2e sér., t. 24, p. 458) et R. Blanchari (*Zool. méd.*, 1890, tome 2, p. 445). Enfin, grâce à l'obligeance de Diday, Cordier, Masselon, Corlieu, Hallopeau, j'ai pu rassembler une dizaine de faits inédits.

Cette maladie est fort rare, on en compte à peine 1 cas sur 1000 malades dans les cliniques oculaires. Ce qui frappe, c'est qu'elle semble particulière aux enfants, même les plus jeunes, qui figurent sur 20 dans ma statistique de 30 cas. Pendant l'allaitement, l'insecte chemine de la nourrice au nourrisson. Chez l'adulte il y a toujours coïncidence de la phthiriase pubienne, axillaire. Très souvent aussi coexistent des *pediculi capitis*, mais ce dernier n'a été vu sur les sourcils que d'une façon accidentelle (Cordier), il ne s'y établit pas plus que le morpion ne se reproduit dans la chevelure (Bertarelli, Carabelli) malgré les cas contraires de White et de Grassi.

La phthiriase oculaire passe souvent inaperçue. On doit s'attacher à

reconnaître les *insectes*, leurs *œufs*, leurs *déjections*. Le pou siège tout à fait à la base du poil, le rostre et la tête enfoncés dans le follicule, présentant à la vue leur face postérieure, sans aspérités externes. A la loupe on distingue le dos triangulaire et bombé de l'animal, avec rayures transversales brunes sur un fond jaune de cire ; on le voit agiter ses six pattes et s'accrocher aux poils. Leur nombre est variable, j'en ai compté plus de 100 sur la paupière supérieure droite, nombre qui égale, s'il ne l'excède, celui des cils.

Les œufs sont aisés à reconnaître au pointillé gris qu'ils sèment à travers les cils ; on en a compté jusqu'à cinq sur un cil. Les excréments qui ne se voyaient pas chez ma malade se présentent sous forme de petits grains bruns très significatifs.

De même il n'y avait pas trace de blépharite, pas même de rougeur ni de démangeaison. Or la plupart des auteurs ont noté une blépharite d'apparence eczémateuse, une ophthalmie chronique, Lawrence parle d'yeux ulcérés, sanieux, très irrités ; Celse indiquait déjà l'écoulement de pituite. Enfin le prurit peut exciter un grattage tel que Paré dit avoir vu une femme se laver avec du vinaigre pour le faire cesser.

La distinction d'avec la blépharite eczémateuse desquamante se tire des signes suivants : forme irrégulière des squames, et des petites concrétions cireuses d'un volume généralement supérieur à celui des morpions. Les cils chargés de poussière chez les personnes malpropres sont aussi une cause d'erreur : la loupe est l'instrument indispensable du diagnostic.

Il faut dans le traitement s'attacher d'abord à tarir la source de la contagion, et pour y arriver, examiner de près soit les patients, soit les personnes de l'entourage. Localement on a guéri plusieurs malades avec les pommades à base mercurielle, mais les récidives incessantes ont conduit certains médecins à faire couper à ras tous les cils, moyen même inefficace contre le retour du mal ; on ne saurait trop le condamner. Un seul procédé radical est rationnel, c'est l'extirpation patiente de tous les parasites et de leurs œufs avec la pince à griffes ; une seule séance suffit pour obtenir, ainsi que j'ai pu le constater dans le cas que j'ai observé, une guérison complète et définitive.

Sur un cas de lichen de Wilson avec dyschromies.

M. Hallopeau. — Les papules du lichen de Wilson sont généralement colorées en rouge ; j'ai cependant signalé déjà, sous le nom de lichen scléreux, une variété de cette maladie dans laquelle les papules sont partiellement décolorées. Voici un malade, d'un type différent, chez lequel des plaques de lichen invétéré sont complètement décolorées en même temps que les parties circonvoisines sont pigmentées en brun sombre. Or ce sujet se gratte depuis 15 ans avec une véritable frénésie ; il frotte systématiquement matin et soir ses plaques de lichen avec un linge jusqu'à ce qu'il en ait produit l'excoriation ; il y a là un trouble psychique que je désigne sous le nom de *cnomanie* ; je l'ai vu cette année exister chez 2 sujets, indépendamment de toute autre affection cutanée, et donner lieu à des cicatrices multiples, profondes et indélébiles : chez le malade présenté, ces trauma-

tismes par grattage ont transformé partiellement les plaques de lichen en tissu de cicatrice décoloré, en même temps qu'ils provoquaient à leur périphérie des congestions réitérées suivies d'une pigmentation exagérée.

M. Barthélemy présente une malade atteinte de pelade traitée par la méthode du Dr Moty.

La séance est levée. L. Jacquet.

SOCIÉTÉ BERLINOISE DE DERMATOLOGIE (1)

SÉANCE DU 2 JUIN 1891. — PRÉSIDENCE DE M. KÖBNER

Alopécie avec trichorrhexie.

M. Blaschko. — Comme suite à la discussion de sa communication sur l'alopécie avec trichorrhexie, l'orateur présente un malade qui vient encore confirmer l'opinion qu'il a soutenue que la trichorrhexie est presque toujours le symptôme initial de l'alopécie. Jusqu'ici il admettait que la trichorrhexie ne se rencontrait dans 75 p. 100 des cas d'alopécie; il serait à présent tenté de croire que, d'une manière générale, elle est le symptôme initial de cette affection. Chez ce malade, on ne constata pas d'abord de trichorrhexie, mais, en l'examinant plus attentivement, on trouva des cheveux cassés, des renflements des racines, etc. La cassure a toujours lieu au bord; elle permet même de reconnaître si l'alopécie est arrivée ou non à son terme; aussi longtemps que les cheveux se cassent, l'affection continue à s'étendre.

Lupus.

M. Saalfeld présente une malade âgée de vingt-six ans, atteinte de lupus depuis l'âge de 7 ans. Elle paraît avoir été infectée de la syphilis par sa nourrice pendant sa première année, mais les symptômes cédèrent rapidement au traitement. Le processus lupique commença dans la région de l'œil gauche et gagna ensuite l'œil droit. Jusqu'à l'âge de 12 ans, l'affection ne fit aucun progrès à la face, mais il y eut perte presque complète de la vue à gauche. De 10 à 16 ans, l'œil droit fut recouvert par un symblepharon et on pratiqua l'énucléation à la suite de la phthisie du bulbe. Le lupus se développa surtout de 14 à 17 ans. Dans cet intervalle, la plus grande partie de la face fut perdue. Des ulcérations se produisirent au pourtour de l'œil et finirent par atteindre la partie extérieure du nez. Peu à peu, tout le nez fut détruit et, à sa place, il ne resta plus qu'un trou triangulaire. La face n'est plus constituée que par de vastes cicatrices. La malade a été souvent traitée, notamment par Billroth; on a fait plusieurs restaurations plastiques avec la peau du front, du cou, de l'avant-bras droit et du bras gauche.

(1) *Monatshefte für prak. Dermatologie*, 1891, t. XIII, p. 208.

Tumeurs de la peau.

M. Saalfeld présente un homme de 34 ans, coupeur, avec les commémoratifs suivants : Il y a quatorze ans environ apparurent sur la face externe de la cuisse gauche des taches rouges de la dimension d'une lentille à celle d'une pièce de 50 centimes; peu à peu elles devinrent saillantes, très prurigineuses et se transformèrent en papules rouge brun. Elles se seraient développées aux points au-dessous desquels se trouvaient des varices. Cette affection disparut au bout de cinq à six ans, quand le malade eut abandonné son métier, qui l'obligeait à se tenir longtemps debout; elle a fait place en partie à de petites cicatrices superficielles, blanches ou brun clair. En 1885, les mêmes efflorescences apparurent sur la jambe gauche. Pas de cause connue.

État actuel le 28 mai dernier. — Sur la jambe gauche, varices; sur la cuisse, en avant des veines, quelques cicatrices molles, peu profondes, avec un léger reflet brun rougeâtre. Sur le tiers moyen de la face antérieure de la jambe, on voit un grand nombre de nodules isolés ou confluents dont les dimensions varient de celles d'un pois à celles d'une pièce d'un franc. Ils sont rouge brun, élastiques, saillants de quelques millimètres, couverts de squamules fines, gris blanchâtre, prurigineuses; en quelques points, en voie de régression. Il s'agit évidemment ici de tumeurs de la peau, l'affection débutant par des plaques d'urticaire.

SÉANCE DU 7 JUILLET 1891

Maladie syphilitique des ongles.

M. Lewin présente un cas d'affection syphilitique des ongles. La dégénérescence des ongles peut reconnaître différentes causes; c'est ainsi qu'on l'observe dans l'eczéma, le psoriasis, la trichophytie, en outre dans les maladies constitutionnelles : phtisie et syphilis.

L'affection aiguë des ongles dans la syphilis est bien connue; il n'en est pas de même des formes chroniques, et c'est ce qui a engagé l'orateur à montrer ce malade à la Société. Homme de 28 ans, de famille saine, dans l'enfance pneumonie, fièvre gastrique, ophtalmies. En février 1881, il contracta la syphilis; en avril, exanthème qui disparut après une cure de frictions de trois semaines. En août 1881, deuxième cure de frictions de cinq semaines pour un catarrhe laryngé. Les années suivantes, le malade prit encore de temps en temps de l'iodure de potassium. En 1886, érosions linguales qui furent traitées avec succès par douze injections de sublimé. En 1888, alopécie de courte durée. En 1890, végétations sur le pénis. Il entra alors dans une maison de santé, où il fut pendant six semaines soumis au régime végétarien et prit en même temps quatre bains de vapeur. A la fin de la cure, le malade, qui jusqu'alors n'avait rien aperçu d'anormal à ses ongles, remarqua que l'ongle du pouce droit était plus épais et présentait une véritable saillie d'environ un demi-centimètre d'épaisseur. Les jours suivants, même phénomène, bien qu'à un degré moindre, sur les

ongles des autres doigts de la main droite et ensuite de la main gauche, de telle sorte que dans l'espace de trois à quatre semaines tous les ongles des doigts furent affectés de la même manière. A cette époque apparurent aussi, sur les ongles épaissis, quelques taches blanchâtres, punctiformes, très légèrement déprimées, qui persistent. Ni desquamation ni sensibilité, mais les ongles étaient friables et se cassaient facilement. Les ongles des orteils ne présentaient à ce moment rien d'anormal. En 1890, nouvelles plaques érosives blanches sur la muqueuse buccale, et, par suite, cure de frictions de quarante jours. L'épaississement des ongles des doigts diminua; toutefois le nombre des points blancs augmenta. En janvier 1891, il survint sur l'ongle du gros orteil droit la même altération; les ongles des autres orteils restèrent indemnes. Au moment de l'entrée du malade à la Charité (25 mai 1891), les ongles des mains sont le siège de nombreux points blanchâtres, avec léger épaississement et friabilité; pas de sensibilité à la pression. Le repli unguéal est un peu soulevé et de consistance pâteuse. Le même état existe pour l'ongle du gros orteil droit. L'examen microscopique de fragments d'ongle enlevés par le grattage et placés dans une lessive de potasse à 10 p. 100 montre dans quelques-uns des épithéliums pavimenteux gonflés bien conservés, outre de nombreux tissus épithéliaux modifiés par la lessive de potasse, entre lesquels et à leur intérieur apparaissent çà et là de nombreux corpuscules de pigment foncé. Le traitement par l'iodure de potassium n'a amené aucun changement dans l'état des ongles.

Affection syphilitique de la langue.

M. Lewin. — Il s'agit d'un jeune homme de 20 ans, infecté au mois de décembre de cette année. La sclérose fut suivie d'un exanthème maculeux qui disparut après 29 injections de sublimé. Au commencement de juillet dernier ce malade éprouva une sensation de sécheresse dans le pharynx et bientôt après apparurent des plaques muqueuses sur le côté droit de la langue et des gommes sur le palais; elles persistent encore aujourd'hui.

Les affections syphilitiques de la langue sont si variées qu'on peut en compter près de cent vingt espèces. Mikülicz et Michelson ont publié récemment un atlas des lésions de la langue, qui, d'après l'orateur, sont encore d'une nature tout à fait différente de celles qu'il a observées lui-même.

Dermatol.

M. Rosenthal. — Ce travail a été publié séparément (Voir page 971).

Discussion sur la communication de M. Rosenthal.

M. Köbner exprime ses regrets sur le nom qu'on a donné à ce remède, lequel n'a aucun rapport ni avec sa composition ni avec ses propriétés thérapeutiques; il eût été préférable de le dénommer d'après sa constitution chimique. Le dermatol est analogue au sous-nitrate de bismuth et il serait intéressant de savoir si de grandes quantités de ce nouveau composé

de bismuth, par exemple pour remplir de grandes cavités d'une plaie, provoque des symptômes d'intoxication, tels que ceux produits par le sous-nitrate. Il est certain que le dermatol a une action siccative.

M. Isaac a observé les mêmes effets favorables du dermatol que Rosenthal : il agit comme siccatif. Il exerce une influence favorable sur l'eczéma humide et l'eczéma subaigu. Les plaies se cicatrisent très vite. Dans un cas de phimosis avec gangrène, l'application d'une couche épaisse de dermatol amena une cicatrisation rapide.

M. Lewin a employé ce nouveau médicament dans plusieurs cas de chancres mous. D'après lui, il existe deux variétés de chancres mous : 1° ceux avec granulations luxuriantes, 2° ceux à caractère torpide. Les premiers guérissent même sans traitement sérieux; pour les autres, le dermatol ne donne pas de résultat. Ce remède est utile dans tous les cas où il s'agit de diminuer la sécrétion, dans les ulcères torpides il est sans action; dans ces cas le spray avec le dermatol, à l'aide d'un petit pulvérisateur, a une action favorable.

M. Müller l'a employé également sans succès dans quelques cas de chancres mous.

M. Isaac est d'avis que le dermatol n'est qu'un médicament de réduction et que par suite il n'a qu'une action siccative.

M. Rosenthal ne croit pas à une analogie entre le dermatol et le sous-nitrate de bismuth, non plus qu'à la possibilité d'une intoxication comme avec ce dernier. Les inventeurs appellent justement l'attention sur sa non-toxicité et lui-même n'a pas observé d'intoxication, même avec de fortes doses. Parmi les ulcères de jambe, certaines formes seulement sont guéries par le dermatol.

A. Doyon.

64e RÉUNION DES NATURALISTES ET DES MÉDECINS ALLEMANDS A HALLE A.-S. (1)

SECTION DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 21 OCTOBRE 1891. — PRÉSIDENCE DE M. KROMAYER

Importance de la tuberculine.

M. Kromayer, rapporteur, expose en quelques mots l'état actuel de la question et propose ensuite de limiter la discussion aux trois points suivants :

1° Comment agit la tuberculine à doses élevées sur le tissu lupique? Les petites doses ont-elles une action et quelle est-elle?

2° Y a-t-il lieu d'employer la tuberculine comme moyen diagnostique?

3° Peut-on tirer profit de la tuberculine au point de vue thérapeutique?

M. Schimmelbusch, après les recherches qu'il a faites sur des fragments

(1) *Berliner klin. Wochenschrift*, 1891, pp. 1059 et 1082; et *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1891, t. XIII, p. 393.

de lupus excisés après le traitement de Koch, pense que le résultat final a été toujours négatif, quelque long temps qu'on ait continué la tuberculine. L'action immédiate, même des doses les plus élevées, est une inflammation et non une nécrose. Dans les cas où il se serait produit en quelques points de la nécrose, cela tiendrait à des conditions défavorables de tension. Les bacilles ne sont pas en général atteints par ce remède.

M. Unna présente des préparations de fragments de tissu (carcinome, lupus) qui, encore vivants, ont été tués lentement par la tuberculine. Sur ces fragments on peut étudier les actions chimiques de la tuberculine sans l'interposition de réactions inflammatoires. Or on constate que la tuberculine choisit d'une façon remarquable les tissus sur lesquels son action s'exerce, attendu que les parties proto-plasmatiques et collagènes sont directement nécrosées, la chromatine de tous les noyaux au contraire, et même à toutes les phases différentes du noyau, subit une transformation spongieuse uniforme. La chromatine est pour ainsi dire tout à fait exprimée, de sorte que les noyaux présentent une structure spongiforme très colorable entremêlée de grandes vacuoles non colorables. A l'intérieur du protoplasma et du tissu collagène qui ont été rendus homogènes, il existe des granulations fines, fortement colorées, qui sont probablement aussi des restes de chromatine. Mais déjà macroscopiquement les tissus sont très modifiés, très rétractés, comme s'ils avaient été amenés à dépérir dans l'alcool, ils perdent leur couleur et prennent une teinte jaune brunâtre typique. Ces deux caractères sont des particularités que la tuberculine partage avec le bacille tuberculeux dans le lupus.

Tout à fait différentes sont les modifications que subit le tissu frais par la mort lente dans la solution de cantharidine de Liebreich; les noyaux sont ici complètement détruits et remplacés par des amas de granulations fortement colorables, tandis que tout le reste du tissu est aussi nécrosé en bloc. Les phénomènes inflammatoires en apparence semblables correspondent donc à des modifications chimiques tout à fait différentes du tissu.

Selon l'orateur, tous les chirurgiens et dermatologistes admettent que la tuberculine ne provoque pas chez l'homme de nécrose comme chez le cobaye. Il n'a pu trouver dans aucun lupus aussi facilement des bacilles tuberculeux que dans ceux qui avaient été excisés immédiatement après le traitement de Koch.

Quant à la valeur diagnostique de la tuberculine, Unna pense qu'elle peut être utilisée avec avantage dans les cas douteux : par exemple, on l'a fait récemment dans un cas de lupus érythémathoïde (Leloir), qu'il ne faut pas confondre avec le lupus érythémateux.

Thérapeutiquement, Unna serait disposé à employer la tuberculine au début du traitement dans le lupus multiple très étendu et dans celui du conduit auditif.

M. Kromayer propose la question suivante : quelle différence histologique existe-t-il entre un lupus avant le traitement avec la tuberculine et un même cas après plusieurs mois de traitement, dans lequel il était autrefois question de guérison? La différence clinique serait très évidente, puisqu'il s'est formé en apparence un tissu de cicatrice à la place du tissu lupique mou. Histologiquement, le lupus non traité est caractérisé par un

tissu fortement vascularisé autour de chaque foyer lupique ; après le traitement, cet état disparaît et est remplacé par un tissu en voie de cicatrisation que l'on reconnaît, au point de vue histologique, à des cellules fusiformes et à des fibres de tissu. L'orateur cherche donc l'action de la tuberculine dans une transformation du tissu de granulation en tissu cicatriciel commençant. Les nodosités tuberculeuses elles-mêmes ne sont pas modifiées. Les processus pathologiques autour des tubercules n'arrivent cependant pas à enlever complètement l'enveloppe supérieure des foyers, il se produit même pendant le traitement de nouvelles nodosités tuberculeuses. Ce seraient là les deux causes pour lesquelles la tuberculine ne guérit pas le lupus. L'avenir dira si malgré cela on ne pourra pas arriver à une méthode perfectionnée pour que la guérison du lupus, préparée par les injections de tuberculine, soit complétée plus tard.

M. Unna insiste sur ce point qu'il ne faut pas confondre la cicatrice proprement dite avec la modification fibromateuse de la périphérie du lupus, survenant à la suite d'une guérison spontanée, du traitement de Koch et d'autres modes de traitement chimique (acide salicylique, acide phénique). Selon cet auteur, la soi-disant cicatrice lupique n'est pas une cicatrice, dans le sens vrai du mot, mais une espèce de fibrome ; la nature histologique est toute différente ; le fibrome lupique réagit sous l'influence des injections de tuberculine, tandis que la cicatrice définitive ne réagit pas.

M. Schimmelbusch est aussi d'avis que la cicatrisation spontanée et celle survenant après le traitement de Koch n'est pas une cicatrice définitive. Au contraire, cette espèce de modification fibromateuse n'est qu'un obstacle à la guérison de la peau et de la tuberculose osseuse. On ne devrait par conséquent pas faire précéder le traitement chirurgical des injections de Koch. On a plusieurs fois observé des kéloïdes considérables après des transplantations sur des surfaces lupiques qu'on avait excisées.

Miliaire rouge et sudamina.

M. Török expose les résultats de ses recherches histologiques sur la miliaire rouge et les sudamina. Il est arrivé à cette conclusion que ces deux affections sont absolument différentes l'une de l'autre ; la première est de nature inflammatoire, tandis que les sudamina représentent des kystes de rétention du pore sudoripare. Par contre, les vésicules miliaires n'ont rien à faire avec les pores sudoripares. Ce sont des vésicules colliquatives des couches épineuses superficielles, couche granuleuse et couche cornée inférieure, qui se produisent avec une émigration de cellules hors du corps papillaire.

Dans la discussion, Unna confirme les résultats de Török d'après ses recherches personnelles. L'obstacle à la sécrétion de la sueur est dans le ramollissement et la perte des lamelles cornées les plus supérieures, provoquées par une hyperpyrèse antérieure et non dans des oblitérations accidentelles des pores sudoripares.

SÉANCE DU 22 SEPTEMBRE. — PRÉSIDENCE DU PROFESSEUR KÖBNER

Pityriasis rubra de Hebra.

M. Kromayer. — Il s'agit d'un homme de 43 ans dont la maladie a commencé il y a huit ans par des vésicules aux deux jambes. Ce malade guérit au bout de quelques semaines à la suite d'application de pommades. Mais l'éruption récidiva au bout de très peu de temps sous forme d'une simple rougeur sur les cuisses et finalement sur tout le corps. Toute la peau est rouge, squameuse; à la paume des mains et à la plante des pieds l'épiderme est épaissi, sec et présente de profondes crevasses. Les doigts sont très peu mobiles. La peau des jambes est très infiltrée, œdémateuse; au niveau des plis, des yeux, des oreilles, rétractée cicatriciellement. Comme traitement, on a tout essayé sans aucun succès : aussi l'orateur demande-t-il à ses collègues leur avis sur ce point.

M. Köbner recommande, outre des lotions alcalines, principalement des injections sous-cutanées d'arsenic.

M. Veiel conseillerait pour les doigts des gants de caoutchouc et des badigeonnages avec une solution faible de potasse caustique et de glycérine.

Eczéma généralisé psoriasiforme.

M. Kromayer présente un malade âgé de 36 ans, au point de vue du diagnostic de son affection qui existe depuis 10 ans. La configuration des nombreuses grandes plaques rouges indique un psoriasis, tandis qu'un examen plus attentif montre que les plaques se composent d'innombrables petites plaques de la dimension d'une tête d'épingle avec une boule cornée. Après un à deux badigeonnages de goudron les parties atteintes guérirent, tandis qu'on voyait apparaître brusquement au même moment sur les points guéris des nouvelles plaques rouges.

M. Unna. — Il s'agit là d'un eczéma séborrhéique typique survenant d'une manière aiguë.

M. Köbner appelle l'attention sur la ressemblance des disques récents qui existent actuellement sur les jambes avec le rash produit par la flanelle, — *Flanell-rash*. Toutefois cette dernière éruption se localise principalement sur le tronc, probablement jamais, comme dans le cas actuel, sur le cuir chevelu. En outre, dans le *Flanell-rash*, il n'y a pas de lésions des ongles. Les altérations considérables qu'ils présentent ici seraient en elles-mêmes bien plutôt en faveur du psoriasis. L'orateur prie Unna de dire quelles sont les raisons cliniques qui lui font ranger ces cas dans l'eczéma séborrhéique, et sur quelles données histologiques il s'appuie pour rattacher la maladie à une affection des glandes sébacées.

M. Unna rectifie spécialement la notion erronée de Köbner qui paraît admettre un rapport entre la sécrétion des glandes sébacées et les efflorescences. La fusion des mots eczéma et séborrhée s'explique purement et simplement au point de vue historique par le motif que Unna, en décri-

vant ces dermatoses, voulait rappeler l'ancienne doctrine, comme s'il s'agissait avec la séborrhée sèche d'une hypersécrétion, en second lieu parce qu'il avait tenu à remplacer la notion élargie outre mesure de l'eczéma par des types réels et différents de cette affection. Eczéma séborrhéique signifiait donc que nous voulions cesser de considérer tous les eczémas comme une maladie unique, et l'eczéma séborrhéique fait comprendre que le symptôme séborrhée est provoqué par des processus inflammatoires et non par une simple hypersécrétion. Le contenu graisseux très variable est très caractéristique, mais non indispensable, et il ne se prononce pas encore sur son origine, c'est-à-dire s'il vient uniquement des glandes sudoripares ou parfois aussi des glandes sébacées. Unna ne partage pas l'opinion de Leloir qui pense que l'on doit chercher la cause principale de l'eczéma séborrhéique dans cette hypersécrétion; il a déjà exposé en détail l'histologie de cette variété d'eczéma devant le congrès de Paris, et ses recherches actuelles ne font que confirmer l'opinion qu'il exprimait alors. Unna recommande surtout la chrysarobine comme traitement. Toutefois il importe de la continuer jusqu'à ce qu'on n'observe plus rien de morbide. Le cuir chevelu surtout doit être traité longtemps et avec soin et, en raison de l'action nocive de la chrysarobine sur les yeux, il est nécessaire de la remplacer par le goudron ou le précipité blanc. Ces cas, que l'on rencontre bien fréquemment, récidivent très souvent; ils se produisent principalement aux changements de température sous forme de poussées aiguës; mais en somme le pronostic est favorable, si l'on continue le traitement pendant un temps suffisant et avec des moyens spécifiques.

M. Veiel n'est pas convaincu du pronostic favorable de ces cas, même traités pendant un temps suffisant. Il a soigné un professeur, qui voulait être guéri à tout prix, d'une manière ininterrompue pendant huit mois et avec des remèdes spécifiques sans arriver à un résultat favorable.

V. Sehlen est atteint d'un eczéma séborrhéique, il a en ce moment une poussée récente de son eczéma qui s'est développé sous l'influence des derniers jours chauds. Selon lui, il est indispensable de continuer le traitement pendant très longtemps. Le choix des vêtements a une grande importance; la laine est pour les champignons de l'eczéma séborrhéique un meilleur terrain de culture que la toile.

M. Unna, dans des cas comme celui de v. Sehlen, n'emploierait pas le goudron, mais le soufre et l'ichthyol, jusqu'à ce que l'eczéma soit sec, puis immédiatement après la chrysarobine.

Pemphigus de la conjonctive.

M. Kromayer présente un malade âgé de 40 ans, qui est devenu complètement aveugle à la suite d'un pemphigus de la conjonctive. Les culs-de-sac de la conjonctive sont rétractés et effacés au point que les paupières sont confondues avec le bulbe; la partie antérieure du globe oculaire et la cornée sont recouvertes d'une membrane qui présente au microscope, outre un tissu conjonctif vascularisé, un épithélium kératinisé et un stratum granuleux bien formé. Cet état est la terminaison

régulière de l'affection qu'on a décrite sous le nom de pemphigus de la conjonctive. Outre les conjonctives, la muqueuse buccale est aussi envahie; actuellement il n'y a pas de bulles, mais seulement des points rouges et ulcérés, surtout à droite, au niveau du palais, qui ont succédé il y a quelque temps à des bulles. Souvent les bulles de la conjonctive ne sont pas visibles, car elles se rompent facilement, de sorte qu'à la clinique ophthalmologique d'ici on a autrefois décrit ces cas comme des rétractions essentielles des sacs de la conjonctive, jusqu'au moment où on a remarqué le rapport de cette maladie avec des bulles de pemphigus sur d'autres muqueuses, particulièrement du pharynx.

M. Unna a eu l'occasion d'observer un cas absolument analogue, il réussit alors à conserver en cultures pures une variété de coccus inconnue jusqu'à présent, provenant des bulles situées sur le palais.

M. Köbner demande à M. Kromayer si, dans le cas actuel et dans ceux rapportés dans ces derniers dix ans, sous le nom de pemphigus de la conjonctive et de la muqueuse buccale, on a observé également sur la peau des éruptions bulleuses chroniques.

Ces cas qui se terminent par la phtisie du bulbe lui paraissent absolument différents et on doit les distinguer au point de vue du pronostic des localisations accidentelles tout à fait bénignes du pemphigus vulgaire de la peau, de la conjonctive, même dans le cas où il atteint en même temps la cavité buccale. Il a vu guérir complètement des vésicules, revenant à plusieurs reprises sur la conjonctive du bulbe, avec pemphigus généralisé, entre autres chez un homme de 60 ans, père d'un collègue, dont le pemphigus avait débuté sur la muqueuse laryngienne et avait gagné la muqueuse pharyngo-buccale, avant qu'il ne se fît une poussée sur la peau. Le siège de cette affection ainsi que des granulations saillantes survenues antérieurement, succédant à des bulles autour de l'anus et du périnée, les firent prendre par un chirurgien pour des condylomes larges, il prescrivit alors une cure de frictions; ce traitement hâta le marasme et provoqua, principalement sur la muqueuse buccale, des douleurs intolérables. Même dans cet état les vésicules de la conjonctive guérirent sans cicatrice.

Dans un autre cas de pemphigus végétant, exclusivement circonscrit à la région scroto-fémorale et au périnée, dont les granulations repoussèrent à plusieurs reprises malgré un raclage énergique et des cautérisations avec le Paquelin, la muqueuse buccale était depuis quatre ans consécutifs envahie et on avait prescrit au malade plusieurs cures antisyphilitiques. Chez ce malade l'œil resta constamment indemne de bulles.

M. Lipp ne croit pas que ce malade ait eu un pemphigus vulgaire de la conjonctive; dans cette variété de pemphigus, même dans des cas très graves, on n'observe jamais sur le bulbe des lésions fatales et durables. Il y a eu dans ce cas une complication particulièrement funeste, difficile à définir très exactement, qui s'est jointe au pemphigus. Dans le pemphigus végétant et foliacé, on observe des états analogues; l'orateur a traité un cas très grave de pemphigus végétant, dans lequel le processus avait gagné rapidement les culs-de-sac de la conjonctive; la cornée était presque entièrement recouverte par un chémosis. Dans la cavité buccale se produisirent de nombreux phénomènes très graves; dans le creux des aisselles,

dans les régions génitales et anales, lésions analogues à celles du pemphigus végétant. Malgré cela, le processus rétrocéda sans trouble de la cornée. L'amélioration survint sous l'influence du bain électrique à double compartiment avec addition d'une solution ferrugineuse. Malheureusement, alors que la maladie paraissait complètement guérie, il se produisit subitement une récidive sur les anciennes plaques, qui amena rapidement la mort du malade.

M. Unna est de l'avis de Köbner. Il serait préférable de ne pas ranger dans le pemphigus les cas d'éruption bulleuse avec oblitération consécutive du sac conjonctival. Il en est de même du pemphigus végétant, maladie spéciale qu'il ne faut pas confondre avec le pemphigus ordinaire.

Vernis pour le traitement des affections de la peau.

M. Unna distingue en général quatre catégories de vernis :

1° Solutions benzinées ou éthérées de gomme élastique, de gutta-percha, d'alumine, de nitro-cellulose, d'oléates ;

2° Solutions alcooliques de baumes, résines, savons, oléates ricinés, extraits ;

3° Émulsions aqueuses des solutions alcooliques indiquées ci-dessus ;

4° Solutions aqueuses de diverses espèces de gomme, de gélatine dextrinée, d'albumine, de caséine, de silicates.

Les vernis qu'il recommande particulièrement en raison de leur bonté, de leur souplesse, de leur résistance, de leur simplicité, sont :

1° Vernis à la chrysarobine et au succin :

Succin du commerce	20
Chrysarobine	1

2° Vernis au pyrogallol et à la gomme laque :

Gomme laque	5
Huile de ricin	1
Pyrogallol	1
Alcool absolu	15

3° Vernis à l'acide salicylique, au baume du Canada et au collodion :

Acide salicylique	3
Baume du Canada	1
Collodion	16

4° Vernis à l'oxyde de zinc, à l'huile de ricin et au collodion :

Oxyde de zinc	2
Huile de ricin	2
Collodion	16

5° Vernis au zinc et au ricinate de plomb :

Ricinate de plomb	4
Oxyde de zinc	8
Alcool absolu	8

(Éventuellement pour dessiccation rapide.)

Collodion. } Éther. } ââ	1

6° Vernis à l'ichthyol, au borax et à la caséine :

Ichthyolate de soude	5
Vernis au borax et à la caséine	15

7° Vernis au soufre, à la glycérine et à la caséine :

Soufre	5
Vernis à la glycérine et à la caséine	15

8° Vernis à l'oxyde de zinc, au salep et à la bassorine :

Oxyde de zinc	2
Vernis au salep et à la bassorine	18

9° Vernis à l'ichthyol, au zinc et à la gomme bassorine :

Oxyde de zinc	2
Ichthyolate de soude	1
Vernis à la gomme bassorine	7

M. Unna fait encore quelques communications de moindre importance.

1° Tannate de fer. Il recommande des bains d'encre à faible dose, contenant 5 grammes de tannin et 2 grammes de vitriol martial pour un bain, dans la dermatite herpétiforme, le pemphigus foliacé, les eczémas nerveux (eczémas papuleux) et les eczémas très prurigineux, les brûlures et comme calmants dans les hyperesthésies;

2° Essence de girofle. Une solution de 2 p. 100 de chrysarobine dans l'essence de girofle est très efficace soit en badigeonnage, soit en injection dans le scrofuloderme, les gommes tuberculeuses, les fistules et les ganglions avec bords tuméfiés.

M. v. Sehlen appelle l'attention sur la première communication d'Unna qu'une solution aqueuse d'ichthyol de 30 à 50 p. 100 donne à elle seule, ou encore mieux en la recouvrant d'une couche légère d'ouate, un bon vernis séchant rapidement.

Sur les voies lymphatiques et la circulation lymphatique de la peau.

M. Kromayer. — Voici le résultat de ses nombreuses recherches : Il enfonce la canule d'une seringue Pravaz superficiellement dans la peau de manière que la pointe et l'ouverture de l'aiguille soient encore très visibles. Comme injection il emploie une solution très étendue de bleu de Berlin avec du benzol de goudron minéral. Le système lymphatique superficiel de la peau de l'adulte décrit par Teichmann et Naumann pouvait être injecté sur l'étendue d'une pièce d'un franc et formait un réseau à mailles plus ou moins larges, qui brillait d'une manière si distincte à travers la peau qu'on pouvait le regarder comme un dessin fin appliqué sur elle

Les points que l'on doit préférer pour l'injection sont : la face interne des membres, la peau de l'abdomen, du thorax et du pénis. Le derme proprement dit ne possède pas de réseau de fentes lymphatiques, mais il est traversé de fentes peu nombreuses et dirigées obliquement; elles mettent en communication le système lymphatique superficiel avec le système sous-cutané.

Dans les régions où il n'y a pas de différence entre la partie papillaire et le derme proprement dit comme à la face et au scrotum chez l'adulte, dans la peau des nouveau-nés et des petits enfants, puisque la *pars propria* possède un réseau lymphatique que l'on peut facilement injecter; dans ces parties, en effet, on pouvait, par exemple, d'un seul point au scrotum et au front injecter très facilement tout le système lymphatique superficiel. On a réussi également en ces points à injecter le système lymphatique profond en partant du réseau superficiel, ce qui n'est pas possible dans les autres parties de la peau chez l'adulte.

M. Kromayer regarde le système lymphatique superficiel comme une des voies principales par lesquelles se propagent les maladies de la peau; ce système constitue pour ainsi dire une barrière contre la pénétration des agents morbides établis dans l'épiderme et dans la portion papillaire du derme.

La circulation lymphatique suit la voie suivante : partant des capillaires situés dans les papilles la lymphe coule immédiatement dans les espaces lymphatiques péri-vasculaires, de là dans le système compliqué des fentes lymphatiques de la portion papillaire, et dans l'épiderme, pour s'amasser enfin dans le réseau capillaire lymphatique superficiel situé un peu plus profondément. Les voies lymphatiques n'ont pas la capacité d'absorber une transsudation un peu forte des vaisseaux sanguins par un écoulement plus abondant de la lymphe, puisque la tension et la contraction de la peau déterminent l'obstruction des vaisseaux du réseau capillaire lymphatique superficiel. La conséquence nécessaire de cet état est la formation d'un pomphyx.

M. Unna s'informe du procédé des injections, puisque la dernière donne des résultats tout autres, suivant les rapports de tension, par conséquent autres sur le cadavre et autres aussi sur des fragments contractés et excisés.

M. Kromayer répond qu'il a fait l'injection des vaisseaux lymphatiques du corps papillaire sur le cadavre, celle du derme sur des préparations durcies. La surface du derme possède un réseau lymphatique fermé qui ne communique pas avec le réseau profond.

M. v. Sehlen fait observer qu'il a déjà constaté *in vivo* une injection rayonnante des vaisseaux lymphatiques superficiels à propos de l'application externe de la pyoktanine; on pourrait peut-être en tirer une méthode pour la démonstration du système du réseau lymphatique.

(*A suivre.*) A. Doyon.

DEUXIÈME CONGRÈS DE LA SOCIÉTÉ ALLEMANDE DE DERMATOLOGIE

La Société allemande de Dermatologie dont la réunion a eu lieu cette année à Leipzig, du 17 au 19 septembre, a été ouverte par M. Lipp qui, en quelques mots chaleureux, a indiqué les buts élevés scientifiques et académiques de la dermatologie.

M. Lesser (Leipzig) remercie ensuite les collègues présents d'avoir choisi Leipzig pour le siège du Congrès actuel.

Traitement par les injections de kochine des maladies tuberculeuses de la peau et des muqueuses.

M. Kaposi attribue une grande importance diagnostique à ces injections, quoiqu'elles n'amènent pas dans ces cas une guérison absolument certaine : parmi 35 cas de lupus, un effet manifeste s'est produit au point de vue du diagnostic dans 32 cas. Toutefois on ne peut pas nier que cette action diagnostique ne puisse survient aussi dans les maladies non tuberculeuses, comme dans la lèpre; dans des cas de lèpre maculeuse et anesthésique il se manifestait des modifications dans les foyers morbides, ainsi que dans les syphilides et dans le carcinome épithélial. Kaposi considère comme une cause active de ces modifications le processus inflammatoire que la tuberculose provoque localement; l'action prise isolément est, d'après lui, liée aux produits terminaux chimiques des substances putrides, qui, en dehors de la solution de Koch, peuvent déterminer une influence analogue. Kaposi, n'ayant jamais pu constater une guérison complète du lupus, a vu plutôt sous l'influence du traitement, survenir des récidives régionaires; il est donc disposé à attribuer à la kochine la propriété de produire des foyers tuberculeux dans un court laps de temps, mais non à la considérer comme un agent curatif certain du lupus. D'après les expériences de Kaposi, le procédé le plus sûr est d'employer concurremment d'autres méthodes avec celle de Koch.

M. Neisser donne son assentiment à cette dernière proposition. Il a vu des guérisons complètes de parties lupiques isolées et il croit qu'un traitement persistant à petites doses amènerait comme but final les meilleurs résultats, pour pouvoir surtout mettre à nu les bacilles.

M. Neumann a vu complètement guérir un lupus de l'arcade sourcilière.

M. Pick n'a jamais vu dans les maladies tuberculeuses l'action locale faire défaut. Il est du même avis que M. Doutrelepont sur l'avantage des méthodes combinées.

M. Doutrelepont a, lui aussi, toujours constaté la réaction locale dans les cas de tuberculose.

M. Urban présente, à l'appui de ses démonstrations, des malades atteints de lupus chez lesquels M. Thiersch a remplacé le tissu malade excisé par des lambeaux de peau saine, procédé qui a donné de bons résultats cosmétiques.

Pathologie et pathogénèse du lichen des scrofuleux.

M. Jacobi a rencontré les papules de lichen formées de tubercules miliaires sans tendance à la caséification, au contraire avec une forte infiltration du tissu conjonctif et la présence manifeste de bacilles. Bien que des inoculations dans la cavité abdominale de cobayes et de lapins soient jusqu'à ce jour restées négatives, M. Jacobi est cependant disposé à considérer le lichen des scrofuleux comme une forme de tuberculose de la peau.

Des psorospermoses.

M. Neisser rend compte de ses résultats cliniques sur la psorospermose folliculaire et sur la maladie de Paget. Quant au molluscum contagieux, M. Neisser maintient d'une manière énergique qu'il s'agit vraisemblablement d'une infection épithéliale par des psorospermies.

Le molluscum contagieux est-il contagieux?

M. Pick a vu après une inoculation sur les cuisses d'un enfant atteint de prurigo la production bien nette au bout de quatre mois de mollusca typiques.

Dans la discussion, M. Touton dit qu'il partage l'opinion de M. Neisser, tandis que M. Kaposi reste très réservé en ce qui concerne la théorie étiologique des grégarines; il parle ensuite de deux enfants de la même famille qui, après la guérison complète d'un eczéma intense persistant, ont présenté sur la peau d'innombrables mollusca contagieux.

SÉANCE DU DEUXIÈME JOUR (18 SEPTEMBRE 1891).

Pathologie et thérapie de l'eczéma.

M. Neisser ouvre la séance par un rapport très complet sur cette question. L'auteur jette un coup d'œil rapide sur l'état actuel de la science et explique d'une manière très approfondie les opinions des Français qui placent en connexion très intime l'eczéma avec des maladies d'organes, et celles d'Unna qui de son côté admet la nature parasitaire de l'eczéma.

M. Veiel maintient l'hérédité des eczémas; selon lui, l'eczéma héréditaire est le plus rebelle au traitement. M. Veiel n'entreprend jamais un traitement interne sans qu'il y ait des complications du côté des organes internes. Il considère au contraire le régime comme important dans ces cas. Il prescrit le goudron et le mercure avec avantage dans les formes parasitaires; la glace, les gélatines, les poudres dans les périodes aiguës. Après des applications d'une pommade au tannin pratiquées sur une assez grande surface de la peau, M. Veiel a vu survenir de la gengivite et de la salivation.

M. Pick a traité des formes chroniques avec des emplâtres de savon salicylé et de la gélatine au sublimé; le premier provoquerait la résorption des infiltrats et il le remplace pour les parties velues du corps par des pommades salicylées à 10 pour 100. L'auteur emploie le goudron dans les formes papuleuses très prurigineuses et quelquefois aussi dans les eczémas

humides de la face. Parmi les préparations de goudron il recommande surtout l'huile de genévrier. Il traite l'eczéma du mamelon avec le pyrogallol celui des plis articulaires, de l'anus, du scrotum avec la chrysarobine, de 2 à 10 pour 100. Il n'ordonne des bains que dans les cas tout à fait chroniques. Il réserve son opinion sur l'étiologie parasitaire de l'eczéma.

M. Blaschko fait une communication sur la *pathologie et la pathogénèse de l'eczéma professionnel.*

M. Ledermann confirme dans l'ensemble les résultats fournis par le microscope dans l'eczéma séborrhéique d'Unna-Leloir (Atlas). Dans les couches épithéliales un peu profondes, à l'intérieur des cellules, M. Ledermann a obtenu une réaction typique d'osmium sur laquelle il appelle l'attention, spécialement dans les préparations microscopiques qu'il présente.

M. Lewin, en se basant sur ses recherches chimiques, s'élève contre l'opinion soutenue si vivement par les Français des diathèses uriques qui sont la base de l'organisme des individus eczémateux.

Après quelques observations de M. v. Sehlen, qui serait d'avis de faire quelques suppressions dans la flore dermatologique d'Unna, M. Kaposi appelle l'attention sur l'action constrictive du goudron sur les vaisseaux; M. Neisser propose une nouvelle préparation, le tumenol, pour des essais scientifiques dans le traitement de l'eczéma. La question de l'eczéma est close.

M. Arning présente un malade atteint de pseudoleucémie de la peau.

M. Joseph prend la parole sur le même sujet et fait remarquer sur ses préparations microscopiques une abondante infiltration des cellules rondes dans le voisinage des glandes sudoripares. Dans la discussion, MM. Kaposi et Touton citent des observations personnelles analogues au cas de M. Touton.

MM. Neuberger et Galewsky présentent des malades atteints de leucémie de la peau et de pityriasis rubra.

Dans la discussion, M. Kaposi parle en faveur de l'identité du lichen ruber acuminé avec le pityriasis rubra pilaire, tandis que M. Neisser tient pour nécessaire ici une délimitation très nette de la première affection.

M. Blaschko enfin propose de réunir dans un même groupe le pityriasis rubra pilaire, le lichen pilaire et l'ichthyose folliculaire, parce qu'une cause commune restreint au follicule la localisation de toutes les modifications consécutives

TROISIÈME JOUR (19 SEPTEMBRE 1891).

La séance de la matinée a été principalement remplie par des démonstrations.

M. Veiel présente un cas de diagnostic douteux.

M. Lang croit qu'il s'agit d'une forme de psoriasis.

MM. Vejel, Neisser, Doutrelepont seraient plutôt disposés à admettre un mycosis fongoïde et même à sa période eczémateuse.

M. Lesser présente des cas d'urticaire pigmentaire, d'épidermylose, d'ichthyose palmaire et plantaire et de cheveux annelés.

M. Friedheim présente des malades avec sclérodermie et lèpre et des préparations de bacilles provenant d'une cornée lépreuse et de crachats lépreux

M. Doutrelepont ajoute quelques remarques sur les recherches positives de bacilles dans le sang, que M. Abning n'admet pas.

M. Kollmann appelle l'attention sur quelques instruments pour faire disparaître les rétrécissements et même les rétrécissements très étroits.

M. Friedheim expose ses idées sur un tableau comprenant ses recherches sur le tabes syphilitique.

M. Touton fait une communication sur l'acné nécrosique.

M. Ehrmann avait annoncé des communications sur la névrite syphilitique, sur l'état histologique de la peau dans le développement des condylomes larges et sur la signification des fibres d'Herxheimer.

M. Winternitz fait une communication préliminaire de ses recherches sur la résorption de la peau.

De l'influence de la lumière sur la peau.

M. Hammer attribue aux rayons ultra-violets l'action principale, de sorte que les étoffes qui les empêchent de frapper la peau, la protègent en même temps contre les érythèmes.

Dans la discussion, M. Neisser parle dela leucodermie, tandis que M. Arning considère comme fort importantes les observations différentielles de l'action de la lumière sur la peau des personnes blondes ou brunes; avant tout, cependant il attribue ici une importance encore plus grande aux particularités individuelles.

M. Jadassohn fait une communication sur l'atrophie maculeuse de la peau et présente des préparations qui s'y rapportent.

Sur le pemphigus nerveux.

M. Neuberger rapporte un cas de cette affection. Il a observé avec localisation semi-latérale sur une femme des éruptions bulleuses en connexion avec les époques, dont le point de départ principal était le sein et la région de la clavicule d'un côté. Il s'agissait ici en partie de grosses bulles, en partie de portions escharifiées de la peau, en partie aussi d'élevures cutanées à la périphérie desquelles étaient disposées de petites vésicules. A leur suite il y eut une analgésie et une anesthésie évidentes de la peau.

L'exposé de ce cas donna lieu à une vive discussion à laquelle prirent part notamment MM. Doutrelepont et Neisser.

Après quelques courtes remarques sur les érythèmes scarlatiniformes, M. Petersen fait une communication sur les agents de la fièvre à la suite des injections de mercure et à laquelle participent MM. Lang, Lesser, Jadassohn, Epstein et Lowenhardt.

M. Lipp prononce alors la clôture du Congrès et désigne Vienne comme le lieu de la prochaine réunion. Dr Friedheim (Leipzig).

TABLE PAR NOMS D'AUTEURS

DES TRAVAUX ET ARTICLES ORIGINAUX

TABLE ALPHABÉTIQUE DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX SONT PUBLIÉS OU ANALYSÉS DANS CE VOLUME

M

N

O

P

Q

R

S

T

U

V

W

Z

TABLE ALPHABÉTIQUE DES MATIÈRES

DU TOME II. — TROISIÈME SÉRIE

1891

A

B

R

S

X

Y

SYPHILIS

Étiologie — Contagion

Évolution de la syphilis

Chancres syphilitiques.

Syphilides.

Gommes. — Syphilides tertiaires.

Phénomènes généraux. — Complications. — Associations pathologiques.

Muscles. — Os. — Articulations.

Syphilis du tube digestif.

Syphilis des voies respiratoires. Syphilis du cœur.

Syphilis des organes génitaux.

Syphilis du système nerveux. Syphilis oculaire.

Hérédité syphilitique. — Syphilis héréditaire. — Syphilis infantile.

Traitement de la syphilis.

Prophylaxie.

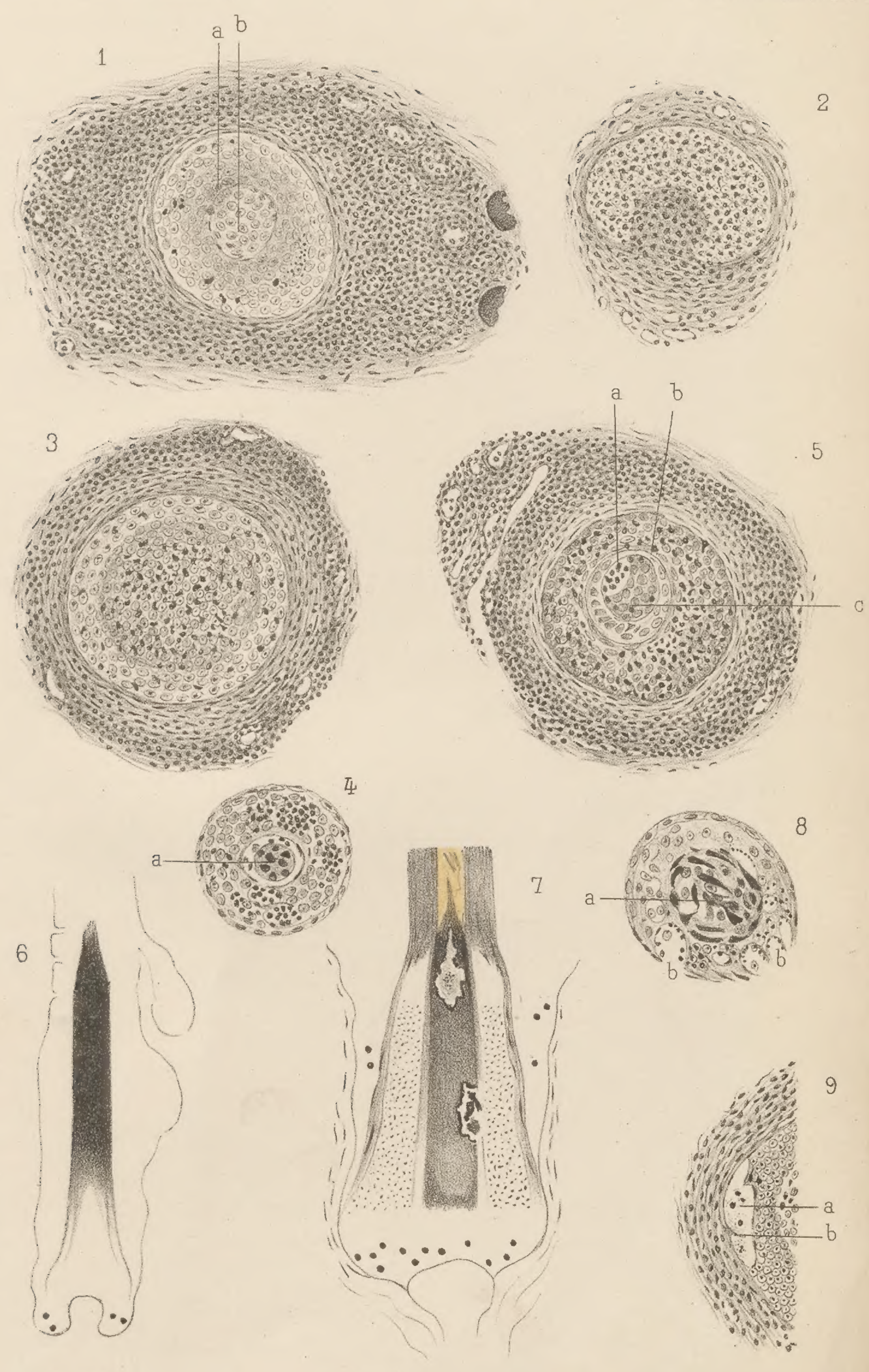
Le Gérant : G. MASSON.

Paris. — Typ. Chamerot et Renouard, 19, rue des Saints-Pères. — 28231.

Giovannini del.

G. Masson, éditeur

Karmanski lith.



Giovannini del.

Imp. Lemercier, Paris.

Karmanski lith.

